

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Miltiade Leonidas ZAPHIROPOULOS

Interne à la Maison Nationale de Charenton

Né le 6 Janvier 1914, à ALEXANDRIE (Egypte)

Contribution à l'étude
de
l'évolution de la "démence précoce"

Statistique des guérisons et des rémissions
en dehors des thérapeutiques de choc

TRAVAIL DU SERVICE DE MONSIEUR LE DOCTEUR H. BARUK
(MAISON NATIONALE DE SANTÉ DE CHARENTON)

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

۸۸۵

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Miltiade Leonidas ZAPHIROPOULOS

Interne à la Maison Nationale de Charenton

Né le 6 Janvier 1914, à ALEXANDRIE (Egypte)

Contribution à l'étude
de
l'évolution de la "démence précoce"

Statistique des guérisons et des rémissions
en dehors des thérapeutiques de choc

TRAVAIL DU SERVICE DE MONSIEUR LE DOCTEUR H. BARUK
(MAISON NATIONALE DE SANTÉ DE CHARENTON)

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DESRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ADRAMI.
Pathologie chirurgicale		MONDOR.
Anatomie pathologique		LEROUX.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-
		LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée		PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		CHIRAY.
		LOEPER.
Clinique médicale		CARNOT.
		Marcel LABBE
		CLERC.
		LEREBOULLEI
		NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance		H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants		GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux		CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses		GOSSET.
		GREGOIRE.
Clinique chirurgicale		LENORMANT.
		TERRIEN.
Clinique ophtalmologique		CHEVASSU.
Clinique urologique		LEVY-SOLAL.
		COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements		JEANNIN.
		MOCQUOT.
Clinique gynécologique		OMBREDANNE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale		LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique		Pierre DUVAL
Clinique thérapeutique chirurgicale		VILLARET.
Clinique propédeutique		TROISIER
Clinique de la Tuberculose		MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		Clovis VINCENT
Clinique de neuro-chirurgie		LAUBRY.
Clinique cardiologie		N...
Assistance médico-sociale		HAZARD.
		HOVELACQUE
		MULON.
		OLIVIER.
		SANNIE.
		VERNE.

Professeurs sans chaire

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE	DE GAUDART
BARIETY	D'ALLAINES ..
BENARD Henri	GAYET
BERNARD EL.	DE GENNES ..
BESANÇON (J.). ..	GIROUD
BOULIN	HAGUENAU
BULLIARD	HALPHEN
CATHALA	HUGUENIN
COSTE	JOANNON
CHEVALIER	LACOMME
DOGNON	LANTUEJOL ..
FUNCK	LAROCHE Guy. .
PRENTANO....	LAVIER
FEY	LELONG
GAILLARD	
GASTINEL	



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT ..	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale
ECALLE	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE ET A MA MERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LAIGNEL-LAVASTINE

*Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie
à la Faculté de Médecine de Paris*

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

En hommage respectueux et reconnaissant pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider la soutenance de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. BARUK

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de clinique à la Faculté

Médecin-Chef à la Maison Nationale de Charenton

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et dont nous avons l'honneur d'être l'interne.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre gratitude profonde et de notre respectueux dévouement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS
(1931-1937)

M. LE PROFESSEUR Ch. ACHARD
M. LE PROFESSEUR P. DELBET
M. LE PROFESSEUR ABRAMI
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ
M. LE PROFESSEUR BAUDOUIN
M. LE DOCTEUR E. WEILL-HALLE
M. LE PROFESSEUR G. GUILLAIN
M. LE PROFESSEUR LEMIERRE
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. METZGER
M. LE DOCTEUR TOURAINE
M. LE PROFESSEUR MARION
M. LE DOCTEUR G. HEUYER
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. SEZARY

A MONSIEUR LE DOCTEUR X.-J. CONTIADES
Ancien Chef de clinique à la Faculté de Paris
Professeur Agrégé à la Faculté d'Athènes

Qui nous a toujours témoigné un bien-
veillant intérêt.

INTRODUCTION

Ce travail ne saurait prétendre à reprendre toute la notion de « démence précoce », d'en exposer les éléments, d'en critiquer la doctrine. Ce n'est pas non plus l'exposé d'une hypothèse ou d'une théorie. Nous nous bornerons tout simplement à examiner un certain nombre de faits cliniques qui entrent dans le cadre de la « démence précoce » et d'en tirer des conclusions quant à la notion d'évolution et de guérison que peut comporter cette affection.

Deux faits surtout nous ont amené à envisager ce travail : premièrement, le nombre impressionnant de certificats médicaux portant les mentions : « démence précoce », « hébéphrénocatatonie », « syndrome paranoïde », « schizophrénie », que l'on voit s'établir couramment au sujet de divers malades justiciables de traitement dans un hôpital psychiatrique ; en second lieu, l'extension prise par les traitements non moins impressionnants, dits traitements de choc.

Nous avons été frappé du fait que le malade qui relevait du diagnostic de « démence précoce » ou de ses différentes formes ne manquait pas d'être considéré, suivant la tradition kraepelinienne, comme un malade voué à la chronicité ; aussi en présence d'un tel cas, plus ou moins désespéré, il semble qu'on n'eût pas à reculer devant l'application d'une thérapeutique de choc, quoiqu'elle puisse comporter quelque danger, immédiat ou lointain.

Nous avons donc essayé de nous rendre compte si l'évolution des cas dits de démence précoce était en réalité telle que KRAEPELIN l'avait conçue ; par ailleurs, nous avons cherché à savoir si des traitements plus simples, étiologiques si possible ou rien qu'hygiéniques, adaptés à la personnalité du malade, n'aboutissaient pas à des résultats sensibles.

Pour cela nous avons procédé au dépouillement de 187 observations et à la rédaction de statistiques simples d'après les faits étudiés.

Notre travail, ainsi conçu, comprendra deux parties :

la première consistera en un rappel historique de la notion de « démence précoce », et des faits qui s'y rattachent, permettant de voir son évolution depuis son éclosion jusqu'à nos jours ;

la deuxième partie sera elle-même divisée en deux et comprendra :

1° les résultats statistiques des observations que nous avons examinées, au point de vue de l'évolution, de l'étiologie et du traitement ;

2° le détail de quelques observations se rapportant à des cas d'amélioration ou de guérison.

*
**

Avant d'exposer notre thèse nous voulons exprimer notre gratitude à notre maître, M. le Docteur H. BARUK. Il nous a suggéré l'idée de ce travail et nous en a facilité l'exécution. Nous l'admirons pour ses conceptions à la fois éclairées et humanitaires, et nous lui sommes reconnaissant de son enseignement précis et naturel.

PREMIERE PARTIE

RAPPEL HISTORIQUE DE LA NOTION EVOLUTIVE DE « DEMENCE PRECOCE »

Il y a une cinquantaine d'années, la notion de « démence précoce » s'introduisait en psychiatrie et devenait rapidement à l'ordre du jour. Successivement admise ou controversée, donnant lieu à des travaux et à des discussions, elle a pu se perpétuer, plus ou moins intacte, jusqu'à nos jours. Actuellement, elle constitue une notion qui non seulement a dépassé le cadre psychiatrique pour s'étendre au cadre médical plus général, mais aussi a-t-elle fini par devenir une des acquisitions les plus savantes du bagage scientifique du public.

En procédant à un court rappel historique, nous tâcherons d'examiner quelles furent les diverses étapes par lesquelles la notion de « démence précoce » a évolué et quels sont les éléments retrouvés à la base de ces étapes évolutives.

Mais, avant d'aborder la notion de « démence précoce », il nous faut dire quelques mots sur la notion de « démence ». ESQUIROL (1) concevait la démence, comme la suspension ou l'arrêt le plus profond des facultés mentales du malade. Sa définition ne comportait aucun élément destructif : de là même ses appellations de démence aiguë et de démence chronique. Il s'agissait d'une simple notion clinique ne comportant pas de substratum anatomique et privée, de par cela, de toute notion évolutive définie. Plus tard, les données anatomo-pathologiques d'une part, telles qu'elles résultaient de l'examen de cas de déchéance profonde des facultés mentales, comme la paralysie générale par exemple, et d'autre part, la formation d'un cadre comme celui de la confusion mentale, dans lequel on a rangé des faits jusqu'alors compris dans la « démence aiguë », ont eu pour effet de faire attribuer au terme « dé-

mence » un cachet anatomo-clinique : la « démence » était alors considérée comme liée à une lésion cérébrale et comme exprimant une destruction irrémédiable des facultés mentales. Telle fut, pendant longtemps, la conception générale de la « démence ». Toutefois, certains auteurs, parmi lesquels GILBERT-BALLET (2) tenant compte des degrés différents rencontrés dans la « démence » ainsi que des rémissions observées, n'ont pas adopté cette façon de voir. Dans les derniers vingt ans, les résultats de certaines méthodes de traitement, telle la malariathérapie, ainsi que les essais favorables de thérapeutiques étiologiques et hygiéniques, ont remis en question ce caractère absolu de la notion de « démence ». De nos jours, elle tend à reprendre sa signification esquirolienne ou tout au moins ne représente-elle plus une destruction définitive de l'activité psychique liée à un substratum anatomique.

Examinons maintenant la notion de « démence précoce ». Il nous a semblé pouvoir y distinguer trois périodes :

1° une période clinique ;

2° une période de synthèse : la « démence précoce » de Kraepelin ;

3° une période de démembrement de la notion kraepelienne.

I. — Période clinique de la « démence précoce ».

Il serait, certes, intéressant de chercher à savoir si la notion de « démence précoce » avait frappé l'esprit des premiers médecins : mais notre travail est trop restreint pour qu'on puisse remonter à l'ère hippocratique ; tout au plus, signalerons-nous qu'il est rapporté qu'un papyrus de 1500 avant J.-C., dit PAPYRUS EBERS (3), relate des faits rattachables à ce qu'on appelle la « démence précoce ». Aussi passerons-nous tout de suite à une date bien plus proche de nous et c'est à la Grande Ecole Française de Psychiatrie que nous nous adresserons au début.

PINEL (4), en 1809, décrivait « l'idiotisme » et spécifiait qu'il pouvait survenir chez les jeunes à l'occasion de quelque traitement intempestif (saignée), d'une frayeur, d'un retard de règles.

ESQUIROL (1), en 1814, parlait de « démence chronique » et faisait, en 1838, une description magistrale de « l'idiotie accidentelle ou acquise ». Christian dit y avoir puisé sa description de la « démence précoce des jeunes gens ».

B.-A. MOREL (5) en 1860, emploie pour la première fois, semble-t-il, le terme « démence précoce ». Il en fait une notion héréditaire, lui adjoint quelques notions étiologiques et parle de « transition à l'idiotisme le plus irrémédiable ». Il décrit, enfin, les symptômes qu'on qualifiera plus tard de signes de dissociation. La « démence précoce » ou « idiotisme accidentel » se présentaient comme un type clinique survenant d'emblée ou après une période de troubles vésaniques. Ce fut la notion de démences vésaniques secondaires qui a été admise pendant longtemps.

En 1863, KAHLBAUM (6) signalait l'hébéphrénie, dont l'étude était reprise par HECKER (7) en 1871, puis en 1874 le même KAHLBAUM (8) décrivait la catatonie. La catatonie, décrite comme affection périodique, a été combattue en tant qu'entité clinique. Citons les travaux de SÉGLAS et CHASLIN (9), de PETERSON et LANGDON (10), de WORCESTER (11).

L'hébéphrénie, folie des jeunes gens, donna lieu à des discussions sur plusieurs points :

1° Sur la notion d'entité : il semblait qu'il y eût plusieurs sortes de folies se développant à l'âge jeune, plusieurs hébéphrénies : c'est là une objection retrouvée chez EMMINGHAUS (12), GRIESINGER (13), VON KRAFT-EBING (14).

2° Sur la notion d'hérédité : BALL (15), FINK (16), KRAFT-EBING (14), STERZ (17) l'admettent. Il y a toute une tendance vers la dégénérescence facteur de la maladie, dira plus tard DENY, sous l'impulsion de MOREL (5) et surtout de MAGNAN (18). SCHOLZ (19) et CHRISTIAN (20) nieront ce facteur. Notons que HACK-TUKE (21) traite l'hébéphrénie de folie morale et que SCHÜLE (22) l'apparente à l'imbécillité.

3° Sur la question de curabilité : REGIS (23), contrairement à l'opinion des auteurs allemands, attache un pronostic favorable à la folie de la puberté, « à moins d'avoir sa source dans une hérédité très marquée » dit-il. A cette objection KAHLBAUM (24) répondra par la description de l'héboïdophrénie, que DARASKIEWICZ (25) reprendra pour en faire une forme légère de l'hébéphrénie ; à côté de cette forme, ce dernier insistera sur l'hébéphrénie grave, incurable.

En 1891, SERBSKY (26) signale les rapports entre hébéphrénie et catatonie.

En 1893, KRAEPELIN (27) décrit pour la première fois la « démence précoce » comportant les trois formes : hébéphrénique, catatonique et paranoïde. Le premier pas vers la synthèse est fait.

Suivent les travaux de MAÏCHLINE (de Moscou) (28), d'ASCHAFFENBURG (29), qui fait la fusion de l'hébéphrénie et de la catatonie; et, en 1899, CHRISTIAN (20) fait paraître son important article sur « la démence précoce des jeunes gens : contribution à l'étude de l'hébéphrénie ». Il ne s'y occupe que de la forme hébéphrénique pure dans laquelle il distingue une variété grave et une variété légère, la forme mitigée. Il insiste sur les notions d'âge, de surmenage, d'évolution vers la démence plus ou moins complète. Le facteur héréditaire ne lui semblait pas obligatoire.

Telle fut, jusqu'alors, la conception de la « démence précoce » qui pour CHRISTIAN (20), comme déjà pour MOREL (5), n'était qu'une simple constatation de faits cliniques.

II. — Période de synthèse : démence précoce de Kraepelin.

Toute autre devait être la conception kraepelinienne. Complétant sa première description, KRAEPELIN (30), dans la sixième édition de son traité, parue en 1899, déclarait qu'« il résumait provisoirement sous le nom de démence précoce une suite de formes nosologiques qui ont la propriété commune de se terminer dans une débilité mentale à caractères particuliers ». Il en décrivait trois grandes formes : l'hébéphrénique, la catatonique, la paranoïde.

La synthèse kraepelinienne venait de naître et la « démence précoce » a vu son cadre s'élargir démesurément.

Cette conception provoqua des réactions diverses.

La même année, FINZI et VEDRANI (31), consacrent à l'étude de la « démence précoce » un article par lequel ils se rallient à la doctrine kraepelinienne tout en faisant des réserves quant à la « forme qu'on pourrait appeler paranoïde » et qu'ils considéraient comme forme de passage entre la paranoïa et la démence précoce. Ils croient, d'ailleurs, en l'existence de telles

formes de passage entre la démence précoce et des affections telles que la psychose maniaque dépressive, la paralysie générale, la folie dégénérative.

En 1900, SÉGLAS (32) reprend la question de la « démence paranoïde » pour conclure qu'on ne saurait comprendre dans la démence précoce les formes fantastiques, hallucinatoires et les formes à délire systématisé qui sont du domaine de la paranoïa.

En 1901, MANDALARI (33) montre la difficulté de différencier, à un moment donné de l'évolution, la « démence précoce » des démences secondaires. « La démence précoce, dit-il, comme forme clinique *a se* et *per se* n'a pas droit à une place spéciale dans la classification psychiatrique. Il n'y a pas, selon nous, une démence précoce ; il y a des démences précoces ».

Ce fut SÉRIEUX (34) qui, en 1902, publia en France une première importante monographie dans laquelle il décrivait outre les trois formes classiques, une forme de démence simple, déjà entrevue et discutée pendant la première période par PICK (35), SCHÜLE (22), CHARPENTIER (36) et MAIRET (37). La notion kraepelinienne y est présentée dans toute son étendue et l'auteur l'adopte sauf en ce qui concerne le délire des dégénérés de Magnan. La même année, MASSELON (38) consacre sa thèse à l'étude de la psychologie des déments précoces.

DENY (39) fait au Congrès de Pau un rapport dans lequel il conclut à la nécessité de remplacer la notion des « démences vésaniques » par celle de « démence précoce ». En 1903, il publie avec ROY (40) un livre sur cette maladie. Plus tard (1911) Mlle PASCAL (41) reprendra l'étude de la « démence précoce » de Kraepelin dans un travail plus étendu.

Mais d'un autre côté les critiques ont afflué. Nous signalerons l'article de SERBSKY (42) qui s'élève contre la fragilité de la symptomatologie, le manque de critères évolutifs, l'élargissement démesuré du cadre de démence précoce ; il déplore cette systématisation qui au lieu de débarrasser la notion de tout ce qu'elle comporte d'impropre ne fait au contraire que l'embrouiller, dépouillant en même temps de leur symptomatologie des entités morbides jusqu'alors reconnues telles et qui reposent sur des bases solides.

En 1904, MEEUS (43) fait le point sur la différence entre le type « psycho-sensoriel » du paranoïde et le type « psycho-

moteur » du catatonique et de l'hébéphrénique. Il n'admet qu'une démence précoce « hébéphréno-catatonique ».

La même année, Victor PARANT (44) insiste sur l'importance des troubles délirants, parle de « démence secondaire » au lieu de « démence précoce » et signale le manque de signes anatomo-pathologiques dans la maladie.

En 1905, MARANDON DE MONTYEL (45) constate le nombre de guérisons observées dans la « démence précoce » et le fait qu'elle peut survenir à un âge avancé, et finit par dire que les signes de cette maladie ont été déjà décrits dans la folie des dégénérés.

Nous ne pouvons pas nous étendre plus longuement sur les faits et les discussions. Il faut, toutefois, signaler que la tendance des adeptes de Kraepelin fut de considérer la « démence précoce » comme une entité anatomo-clinique et on en fit longtemps le pendant de la paralysie générale. On a recherché un substratum anatomique : les travaux de KLIPPEL et LHERMITTE (46) et ceux de RUSH DUNTON (47) et avant cela les recherches de DOUTREBENTE et de MARCHAND (48) sont connus. On a cru que la démence précoce comportait des lésions anatomiques intéressant le cortex et les cellules nerveuses pyramidales. Il y a eu la théorie neuro-épithéliale de la démence précoce, à laquelle Raymond MALLET (49) a consacré sa thèse. Plus tard VOGT (50), LAIGNEL-LAVASTINE et LEROY (51) et d'autres auteurs ont trouvé des lésions diverses qui ne présentent pas toutefois de caractères vraiment spécifiques d'une maladie déterminée.

Il en fut de même pour l'étiologie, où après avoir conservé, pendant quelque temps, la notion d'auto-intoxication donnée par Kraepelin, on s'est tourné par la suite vers d'autres étiologies telles que la tuberculose SOUTZO FILS (52), sans jamais arriver à définir les causes nettes de la démence précoce.

La relation de quelques travaux parmi la multitude permet de voir que ce qui a frappé l'esprit des psychiatres à l'énoncé de la synthèse kraepelienne fut surtout :

1° Le fait de grouper dans une même maladie des faits cliniques disparates et jusqu'alors bien distincts à la seule condition qu'ils surviennent à un âge plus ou moins jeune et qu'ils se terminent par une démence plus ou moins rapide et plus ou moins complète.

2° Le fait de faire de cette démence précoce une maladie

autonome et individualisée, comportant un pronostic défavorable et une notion de chronicité. C'est ce dernier point qui est intéressant quant aux statistiques que nous aurons à présenter plus loin.

Toutefois la notion présentait bien d'attraits au point de vue systématique et a pu se perpétuer plus ou moins intacte.

III. — Période de démembrement de la notion Kraepelinienne.

En 1911, BLEULER (53) exposait sa conception de la démence précoce et créait le mot de « schizophrénie ». Nous ne pouvons nous étendre sur ces travaux ; nous voulons seulement insister sur ce que BLEULER a vu les faits sous l'angle psychologique et non pas à un point de vue clinique. S'aidant de la doctrine Freudienne, il a su découvrir l'élément personnel, purement psychique, qui joue dans la démence précoce, et surtout il a établi qu'il n'y avait pas fatalement démence. Dans sa notion de dissociation du psychisme du malade le relâchement de l'association des idées, les troubles de l'affectivité, l'automatisme méritaient surtout d'être retenus. Il entraînait dans le domaine de la psycho-pathologie. Aussi ne nous semble-t-il pas juste de considérer la « schizophrénie » en tant qu'entité clinique ; il est, toutefois, un fait que BLEULER était trop imprégné de kraepelinisme pour se détacher radicalement de la synthèse et de la systématisation de la démence précoce. Aussi plus tard, en 1926, chercha-t-il à trouver un substratum anatomo-pathologique et une étiologie nette correspondant à sa « schizophrénie ».

En 1912, CHASLIN (54), en France, décrivait ses « folies discordantes » groupe provisoire dans lequel, fidèle à son but, il ne faisait que ranger des faits cliniques jusqu'alors non rattachables à quelque entité morbide bien définie.

La notion de discordance, de dissociation, de désagrégation devenait bientôt le grand critère de l'empreinte dementielle, donnée à la maladie. Les idées délirantes, pour Bleuler « n'étaient pas reconnues par le malade comme faisant partie de sa personnalité ».

KRETSCHMER (55), créa par la suite le type « schizoïde » qui comportait une notion de terrain prédisposé. La « schizophré-

nie » représentait en quelque sorte un état schizoïde survenant chez un être jusqu'alors normal.

Ce qui nous semble intéressant chez BLEULER, c'est qu'il dit que, par le fait qu'il existe des éléments psychogènes dans la schizophrénie, « c'est l'habileté et le savoir faire du médecin qui décident du sort ultérieur du malade. Maint malade, qui serait condamné à rester jusqu'à la fin de ses jours à l'asile, reprend, sous l'influence du traitement approprié, ses occupations du dehors ». C'était déjà beaucoup.

La « schizophrénie » de BLEULER a été reprise et critiquée. Nous ne ferons que signaler que TANZI et LUGARO (56) lui préférèrent la « démence précoce » parce que voyant dans la schizophrénie une notion clinique ils trouvent que celle-ci constitue un cadre encore plus élargi que celui de la notion kraepelienne. JANET (57) l'a définie comme comportant « la perte de la fonction du réel », et MINKOWSKI (58) envisageant de plus en plus l'élément psychogène et le facteur personnel insiste sur « la perte du contact vital avec la réalité ».

CLAUDE, BOREL et ROBIN (59), reprendront la notion dans ses relations avec la démence précoce entité clinique et distingueront une forme organique, la démence précoce ou schizophrénie, et des formes purement psychiques, les « schizoïdies ».

Le fait important est que la notion de « schizophrénie », élargissant le cadre clinique déjà énorme de la démence précoce a, de par cela, contribué à la création d'une notion de stade d'aspect tardif, au cours de l'évolution d'une psychose quelle qu'elle soit, et non plus d'une maladie individualisée. C'est là l'opinion de notre Maître H. BARUK (60) et c'est un peu ce que DE MORSIER et MOREL (de Genève) (61) ont signalé. Le démembrement de la notion kraepelinienne commençait.

Dans l'ensemble, il ne restait pas de signes pathognomoniques de « démence précoce », puisque même les troubles du courant de la pensée ou de la contention du langage intérieur semblaient pouvoir être retrouvés dans d'autres psychoses. Une seule réserve pouvait être faite en faveur de la « démence précoce » : le caractère d'imperfection, et l'empreinte de fléchissement sur tous les symptômes, sur tous les types de perfection ; le caractère flou, torpide, inconsistant de tous les signes présentés, pourrait représenter un critère général de pronostic.

D'ailleurs cette dissociation même, cette désagrégation psychique, n'est pas un signe certain de chronicité. Il faut considérer le degré dans lequel ces troubles se trouvent développés ; car on ne peut mettre sur le même plan des stades différents de dissociation, où la réaction de la personnalité peut plus ou moins persister.

Mais à côté des recherches psycho-pathologiques, une série de recherches physio-pathologiques contribuait à dissocier la notion de démence précoce. Nous citerons entre autres les travaux de CLAUDE et BARUK (62) sur la catatonie, les travaux de GJESSING (d'Oslo) (63), ceux d'OBREGIA et TOMESCO (64) sur la catatonie intermittente. Ils insistent sur la périodicité possible de la catatonie, la différenciation clinique et physiologique de la catatonie d'avec les syndromes parkinsoniens ou striés, la grande variété de l'étiologie. Les travaux de DE JONG (65) et de notre Maître H. BARUK (65) réalisant la reproduction expérimentale des phénomènes psycho-moteurs de la catatonie chez l'animal ont fini par faire considérer la catatonie comme un type de trouble physio-pathologique diffus, d'origine diverse, surtout toxique ou toxi-infectieuse.

Suivant notre Maître H. BARUK (66), la catatonie représente un trouble de fonction, c'est-à-dire la suspension des fonctions d'initiative, des fonctions psycho-motrices. Ces fonctions représentent la mise en train du mouvement, et mettent en œuvre des processus psycho-physiologiques indissolublement intriqués. Ces processus sont surtout touchés par des atteintes toxiques, qu'il s'agisse suivant le même auteur, de toxines microbiennes comme la toxine colibacillaire, de produits biliaires, ou bien d'intoxications hormonales comme il a pu le mettre en évidence par des données cliniques et expérimentales combinées.

À côté des troubles des fonctions psycho-motrices, on retrouve chez les malades étiquetés « déments précoces », des troubles d'autres fonctions : troubles de la cénesthésie, troubles de la contention du courant de la pensée allant de l'idée obsédante à l'hallucination psychique et à l'automatisme psycho-moteur, aux itérations (GUIRAUD) (67) et aux stéréotypies, troubles psycho-viscéraux divers, etc.

Mais tous ces troubles de fonction ne sont pas du tout spécifiques à une maladie déterminée à évolution démentielle, ils peuvent s'observer à tous les degrés, dans les syndromes men-

taux les plus variés, bénins et graves, et ne comportent pas par eux-mêmes de caractère nosographique.

Suivant notre Maître H. BARUK (66), ces divers troubles de fonction représentent simplement des signes de perturbations diffuses du fonctionnement du système nerveux. Toutefois, il estime que ces symptômes peuvent se grouper en pratique sous forme de *stades*, indiquant seulement des degrés plus ou moins accentués de l'atteinte fonctionnelle cérébrale.

Ces degrés peuvent être étudiés au cours, par exemple, d'une intoxication lente et progressive comme notre Maître H. BARUK (68) a pu le suivre au cours d'intoxications colibacillaires très lentes.

Au début le système nerveux réagit par l'anxiété et la dépression.

A un degré plus accentué, apparaissent des réactions de défense : irritabilité, éréthisme général, avec sentiment de menace, d'influence.

A un degré de plus, apparaît la sensation subjective du début de la suspension des fonctions psycho-motrices : le malade sent sa volonté prise, inhibée, arrêtée; souvent en même temps, on note une atteinte concomitante de la contention de la pensée intérieure, avec idées obsédantes, hallucinations psychiques, etc. C'est la phase délirante ou délirante hallucinatoire.

A un degré plus accentué, les fonctions psycho-motrices sont suspendues et on est alors en présence de l'immobilité, avec catalepsie, négativisme : C'est la phase catatonique.

Si l'action pathologique se prolonge, on assiste alors à une phase de décomposition et de dissociation psychique et psycho-motrice ; au négativisme et à l'immobilité, font place les automatismes, les mouvements stéréotypés, les déroulements de mots, l'incohérence, ou la sortie à pleine bouche de la pensée intérieure qui n'est plus retenue (syndrome de la pensée parlée de BARUK).

Mais, suivant notre Maître H. BARUK (69), ces stades représentent simplement les réactions du système nerveux à des imprégnations toxiques variées et non les manifestations d'une maladie autonome. En effet, ces divers stades peuvent s'arrêter dans leur évolution ; la maladie peut alors se stabiliser. Ainsi s'expliquent les formes dites délirantes, les formes catatoniques pures, les formes neurasthéniques. Il s'agit seulement d'un arrêt à un stade déterminé.

D'autres fois la maladie subit une évolution régressive, et le malade reparcourt en sens inverse les stades franchis, pour arriver à la guérison.

Enfin, c'est seulement dans un certain nombre de cas que la maladie franchit tous les stades jusqu'à l'automatisme et l'apparence démentielle.

Cette conception des stades, défendue par notre Maître H. BARUK (70), aboutit donc, en somme, non plus à démembler la démence précoce, mais à la supprimer comme entité nosographique à évolution systématique et à substituer à cette conception nosographique kraepelienne une conception psychopsychiatrique et étiologique de la psychiatrie, conception dans laquelle les divers syndromes n'apparaissent que comme des réactions plus ou moins profondes du système nerveux à des causes diverses. Cette conception permet de mieux comprendre la mobilité des psychoses, le fait qu'un même malade paraît présenter successivement des syndromes différents, l'évolution capricieuse, etc.

Elle permet aussi de souligner la complexité du pronostic et la prudence qui s'impose au médecin dans ce domaine : le pronostic ne peut nullement être porté sur un simple inventaire de symptômes, mais sur l'analyse individuelle du malade, sur la connaissance du terrain, sur les recherches étiologiques et sur les traitements qui en résultent.

Cette conception exposée par notre maître H. BARUK dans diverses publications (*) et dans son ouvrage récent (66) demandait cependant à être étayée sur des recherches statistiques plus étendues et poursuivie sur un nombre d'années suffisant. C'est pourquoi, notre maître H. BARUK, nous a conseillé de dépouiller son fichier clinique établi depuis une quinzaine d'années et permettant de suivre l'évolution de la maladie. C'est là le travail que nous allons exposer dans la seconde partie de cette thèse.

(*) Elle a fait l'objet d'une discussion récente à la Société Médico-Psychologique au sujet d'une communication de VIÉ (71) sur la catatonie et la discordance. VIÉ et GUIRAUD (71) se sont trouvés d'accord pour critiquer la systématisation excessive de KRAEPELIN.



DEUXIEME PARTIE

Cette deuxième partie comprendra deux grands chapitres :

Le premier comportera les statistiques établies au point de vue évolutif, étiologique et thérapeutique sur 187 cas qualifiés de « démence précoce », les thérapeutiques de choc étant exclues;

Le second consistera en la relation du détail des observations de douze de nos cas ayant évolué vers la guérison complète ou vers une amélioration considérable.

CHAPITRE PREMIER

Statistiques sur l'évolution, l'étiologie et la thérapeutique dans des cas dits de « démence précoce », à l'exclusion des thérapeutiques de choc

Le contenu de ce chapitre a fait récemment l'objet d'une communication de notre maître H. BARUK et de nous-même (*). Nous y avons présenté nos statistiques sous le titre : « Les guérisons dans les états dits de « démence précoce » en dehors des thérapeutiques de choc ».

Nous estimons devoir présenter ici ce travail dans toute son étendue et reproduire en entier les constatations que nous avons pu faire, lors de ce travail, avec notre maître H. BARUK.

« La notion de « démence précoce » a revêtu deux significations tout à fait différentes. Dans sa signification primitive, suivant la conception de MOREL et de CHRISTIAN, c'était simplement un type clinique d'affaiblissement intellectuel chez les jeunes gens. Avec KRAEPELIN ce n'est plus un simple fait clinique mais une entité nosographique à évolution systématique :

Le point de vue de MOREL est une constatation de fait ;

Le point de vue de KRAEPELIN est une anticipation sur l'avenir.

Pendant de longues années, cette conception de KRAEPELIN a été considérée comme presque intangible et le diagnostic du syndrome de « démence précoce » comportait pour presque tous les médecins une condamnation à peu près irrémédiable.

Ce critère évolutif est-il réellement justifié ? Pour répondre à cette question, nous avons dépouillé 187 observations de cas de « démence précoce » répondant de façon très précise à la

(*) Société Médico-Psychologique, séance du 22 mai 1939.

description kraepelienne. Dans un grand nombre de cas le diagnostic de « démence précoce » avait été fait non seulement par nous mais par des aliénistes des plus autorisés et affirmé dans des certificats variés. Nous avons précisé l'évolution spontanée, le rôle respectif des diverses thérapeutiques, les durées de la maladie au moment de la guérison et enfin les diverses étiologies. Ces résultats sont consignés dans les tableaux ci-joints.

1. — Evolution de 187 cas de syndrome de « démence précoce »

Nous avons réparti l'évolution de la façon suivante : Nous avons appelé « *guérison* » les cas où tous les troubles mentaux ou physiques ont disparu de façon totale et dans lesquels le malade a pu reprendre sa vie normale, son activité sociale et familiale, sans aucune restriction. En un mot, nous avons placé dans cette rubrique les cas comportant une « *restitutio ad integrum* ». Sans doute ne s'agit-il là que d'un critère clinique, mais c'est là le critère pratique habituel des guérisons en médecine. *Parmi ces malades guéris, certains sont maintenant guéris depuis plusieurs années : 4 ans, 6 ans, 9 ans, etc... Nous insistons tout spécialement à ce sujet sur l'importance d'avoir le recul nécessaire pour juger de la solidité d'une guérison et de la valeur d'une thérapeutique.*

Dans un deuxième groupe de faits la disparition des troubles est restée éphémère et a été suivie de rechutes; ou bien la disparition des symptômes n'a pas été complète ou n'a pas permis la reprise tout à fait parfaite de la vie normale. Nous avons groupé ces faits sous la rubrique « *améliorations ou rémissions* ».

Dans une troisième variété de faits, la maladie semblait au début réaliser au complet les symptômes de la « démence précoce » de KRAEPELIN mais son évolution s'est arrêtée et en quelque sorte stabilisée. Ce sont des faits de ce genre sur lesquels H. BARUK a déjà insisté. Nous avons groupé ces cas qui n'évoluent pas vers la démence, sous la rubrique « *stabilisation* ».

Enfin, dans une quatrième catégorie de faits, nous avons groupé les cas qui subissent une évolution progressive vers la démence et qui répondent à la description de KRAEPELIN. C'est ce que nous avons groupé sous la rubrique « *chronicité* ».

En ce qui concerne l'observation des malades, les uns (88 cas) ont été rigoureusement observés par nous ou par l'un de nous (notre maître H. BARUK) pendant toute l'évolution de la maladie, souvent même dans la période pré-psychopathique; cette observation s'est prolongée pour certains de nos malades plus de 10 et 12 ans. Les autres ont été observés par nous après déjà une longue phase de la maladie : il en fut ainsi notamment d'un certain nombre de malades de notre service de Charenton qui étaient déjà hospitalisés des années avant l'arrivée de l'un de nous dans le service. Pour certains la durée de la maladie a été très longue : 15 ans, 20 ans et plus.

La proportion d'hommes est beaucoup plus élevée que celle des femmes qui ne s'élève qu'à 29 cas sur 187. Nous reviendrons plus loin sur ce point, en ce qui concerne l'étiologie.

Les résultats de l'évolution montrent une beaucoup plus forte proportion de guérison qu'on ne soupçonne a priori ; puisque sur 187 cas, nous avons eu 50 cas de guérison, et 33 cas d'amélioration ou de rémission, soit une proportion respective de 26,73 % de guérisons et de 17,64 % d'améliorations ou de rémissions (*). Ajoutons que la maladie s'est stabilisée dans 35 cas, soit 18,71 %.

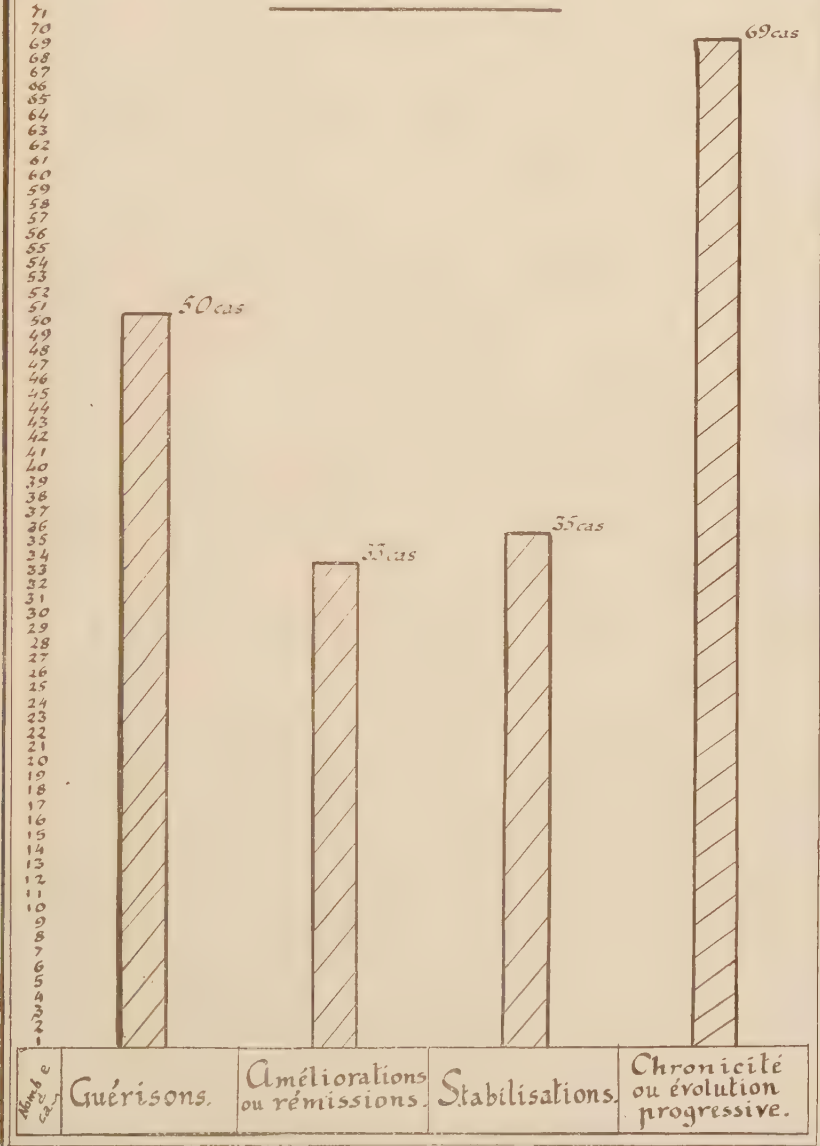
La « démence précoce » semble donc bien loin de comporter le pronostic que lui accordait KRAEPELIN (**). Sans doute on pourrait toujours discuter pour certaines des observations suivies de guérison, l'hypothèse d'une psychose périodique atypique surtout dans certains cas à début d'apparence maniaque ou confusionnelle, mais dans tous les cas que nous avons retenus il existait des signes nets de dissociation psychique. Il faudrait donc en pareil cas parler de schizophrénies périodiques, ce qui revient toujours à critiquer la notion évolutive de « démence précoce ».

(*) Tout récemment, VON MEDUNA (75) relève sur 1.751 malades traités hors d'Europe une proportion de 35,2 % d'améliorations considérables et sur 2.326 cas traités en Europe une proportion de 29 % de rémissions. C'est là une proportion peu élevée, et la valeur de cette statistique est encore diminuée par le fait du caractère trop récent de la méthode, du manque de recul dans l'observation et aussi de l'insuffisance des critères diagnostiques dans une statistique aussi disparate et comportant autant de malades récents.

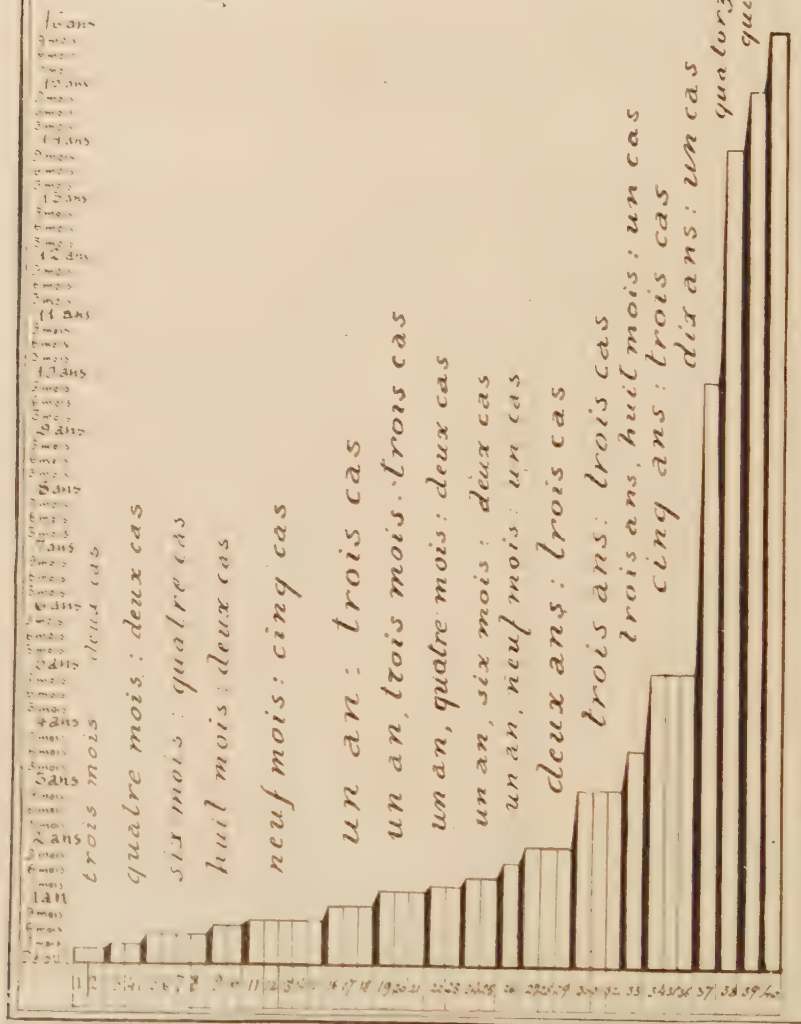
(**) C'est ce qu'avait si bien observé le regretté SANTIN ROSSI (77).

Tableau I.

Evolution de 187 cas de syndromes
dits de démence précoce.



*Durée de la maladie au moment
de la guérison dans 40 cas*



II. — Durée de la maladie au moment de la guérison

Il nous a paru particulièrement intéressant de préciser dans la mesure du possible la limite d'évolution au bout de laquelle on pouvait penser la guérison plus ou moins improbable. Il est classique en effet, de répéter que les améliorations et les guérisons de la « démence précoce » ne peuvent survenir que dans les premières phases de la maladie; on admet souvent qu'après 2 ou 3 ans ces chances sont presque nulles. Les publications récentes sur les méthodes thérapeutiques de choc insistent sur le contraste entre les résultats de la première année et le peu de résultats ultérieurement.

Notre expérience ne nous a pas amenés à confirmer ces notions, du moins sous une forme aussi absolue. En effet, si les guérisons sont bien entendu plus fréquentes au cours de la première année, nous avons pu cependant observer des guérisons complètes et très impressionnantes dans un certain nombre de cas, après 2 ans, 3 ans, 5 ans et même dans 3 cas comportant une évolution respective de 14, 15 et 16 ans. De tels faits montrent qu'on ne saurait se baser de façon absolue sur la durée de la maladie, même si celle-ci est très prolongée, pour porter un pronostic de chronicité. Ajoutons que la guérison peut se produire quelle que soit la forme clinique revêtue par la maladie. Nous avons vu des guérisons impressionnantes et totales chez des malades tombés au dernier degré de la déchéance. C'est dire combien il est difficile de faire des pronostics absolus.

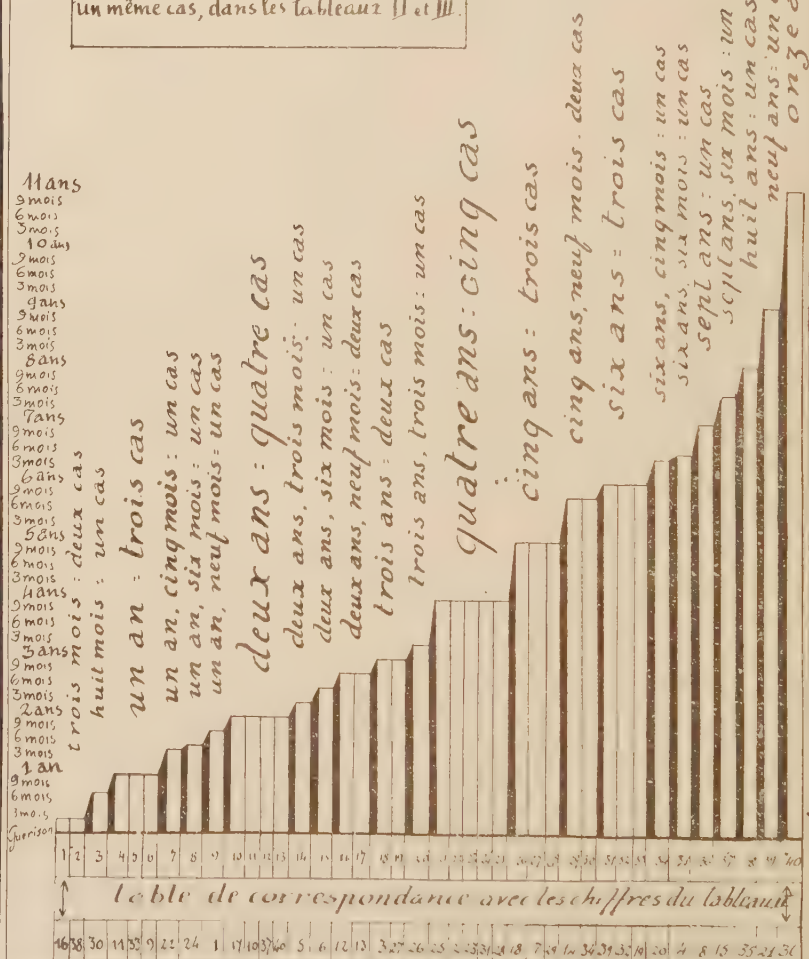
III. — Action des diverses méthodes thérapeutiques sur l'évolution de la maladie

Il est capital, au point de vue pratique, de savoir si diverses thérapeutiques ont vraiment une action sur l'évolution de la maladie. Nous avons à ce sujet soumis 52 cas de guérison ou d'amélioration notable à une étude plus particulièrement précise. Sur ces 52 cas, onze malades ont guéri sans aucun traitement, ce qui montre bien que la maladie n'a pas toujours par elle-même une évolution progressive comme le pensait KRAEPELIN. Dix-sept cas ont guéri à la suite d'un traitement hygiénique : nous entendons par ce terme un traitement qui consiste en l'absence d'une étiologie précise, à mettre le malade

Tableau III.

Temps écoulé depuis la guérison
dans 40 cas.

Au bas du tableau table permettant de
retrouver les chiffres correspondant à
un même cas, dans les tableaux II et III.



dans les meilleures conditions physiques et morales. Par exemple, il est capital d'assurer un bon fonctionnement digestif, de bonnes éliminations, des conditions judicieuses d'alimentation, d'aération, de repos, de régulariser toutes les méiopragies viscérales ou humorales. Il est non moins capital de réaliser autour du malade une atmosphère morale *minutieusement adaptée*; d'éviter les heurts, les humiliations, les traitements trop systématiques ou imposés avec rigueur, les conflits affectifs ou familiaux, etc.

Ces conditions peuvent avoir une influence absolument décisive sur l'évolution de la maladie. Il suffit parfois d'un simple changement de chambre ou de voisinage pour voir survenir des transformations impressionnantes.

La proportion de guérisons varie notablement suivant la qualité du personnel infirmier et nous avons pu personnellement observer des différences frappantes dans l'évolution de la maladie dans diverses parties de notre service : il suffit quelquefois, dans un pavillon, de quelques infirmiers d'élite, doués de tact et d'équité pour augmenter le nombre de guérisons; et inversement, il suffit de quelques personnes maladroites, injustes ou mal intentionnées, pour amener des aggravations notables.

De même certains malades paraissent manifestement aggravés par une hospitalisation ou un internement brutal ou trop prolongé, par un choc affectif, etc. Dans d'autres cas, au contraire, c'est le milieu familial qui est défavorable et l'isolement amène des réactions bienfaisantes. C'est pourquoi, il faut surtout éviter dans ce domaine l'esprit de système et adapter sa thérapeutique de façon nuancée à la personnalité du malade.

Dans d'autres cas on arrive à dépister un facteur étiologique plus net et qui semble jouer un rôle important dans la genèse de la maladie; en pareil cas le traitement étiologique peut avoir une action absolument remarquable. Notre maître H. BARUK a insisté longuement sur ces faits à l'occasion des psychoses colibacillaires, hépatiques, tuberculeuses, etc. Nous reviendrons sur ces points un peu plus loin à l'occasion des données étiologiques. Retenons que dans 24 cas sur 52 le traitement étiologique a ramené une guérison remarquable de la maladie (*).

(*) C'est justement pour avoir trop négligé les moyens thérapeutiques étiologiques et l'observation individuelle, minutieuse du malade que l'on a versé d'un excès à l'autre, passant de la « contemplative abstention »

IV. — Etiologie

On ne saurait trop insister sur l'utilité de faire les recherches les plus minutieuses et les plus tenaces pour rechercher l'étiologie. Il ne suffit pas à ce sujet de constater telle ou telle perturbation de l'organisme, mais il faut analyser en profondeur les troubles somatiques et psychiques de façon à savoir leur intrication. Sur nos 187 cas les étiologies nous ont paru très diverses et sont résumées dans le tableau IV. Nous voyons toutefois que la tuberculose et les troubles hépato-intestinaux, avec ou sans détermination colibacillaire, arrivent nettement en tête. Il nous semble aussi que certains cas sont en grande partie liés à un véritable épuisement physique ou psychique, épuisement dans lequel les conditions émotives jouent très souvent un rôle important.

En ce qui concerne les perturbations endocriniennes, nous n'avons retenu que les cas où nous avons retrouvé un syndrome endocrinien absolument net et caractérisé, intriqué avec la psychose : tel ce cas rapporté par notre maître H. BARUK dans son livre (**) d'un malade atteint de syndrome de « démence précoce » arrivé dans un stade de démence profonde avec maladie de Basedow et qui a guéri totalement depuis plusieurs années après thyroïdectomie. Parmi les causes endocriniennes les psychoses ovariennes nous semblent jouer un rôle plus important qu'il ne paraît dans notre tableau : le fait que les proportions en sont faibles tient à ce que nous avons observé beaucoup plus d'hommes que de femmes. Mais les psychoses hyperfolliculiniques ou les psychoses après castration nous paraissent de la plus haute importance. Il en est de même des psychoses post-puerpérales, qui sont certes fréquemment curables mais dont certains cas présentent une évolution plus prolongée.

À côté de ces diverses causes acquises, il faut tenir compte bien entendu du facteur terrain. Celui-ci est très complexe et très difficile à apprécier : il existe tout d'abord, les éléments héréditaires; dans certains de nos cas nous avons vu plusieurs frères et même parfois toute une famille (*), atteints de syn-

suivant l'expression d'ABÉLY (76) à des traitements de choc souvent excessifs et désordonnés. Il est faux et dangereux de placer le médecin dans l'alternative ou d'une abstention désabusée et coupable ou d'un traitement de choc de désespoir.

(**) H. BARUK, *Psychiatrie Médicale*, chez Masson, 1938, page 702.

(*) En rapprocher les faits rapportés déjà par ESQUIROL (1), MOREL (5), et plus tard par LAIGNEL-LAVASTINE (72), WIMMER (73), LEROY (74).

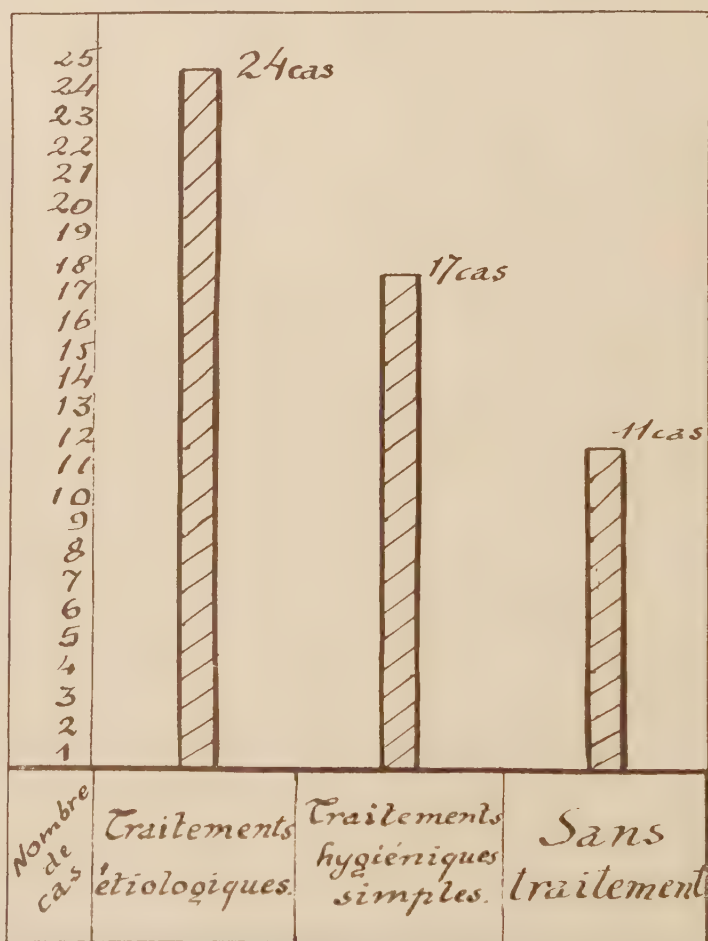
Tableau IV.

Étiologies diverses retrouvées dans 187 cas.

Tuberculose :		33 cas
Troubles hépato-intestinaux :		23 cas
avec détermination colibacillaire :		7 cas
		30 cas
Surmenage physique, intellectuel ou émotif :		24 cas
Déséquilibre constitutionnel préexistant :		13 cas
Traumatisme crânien :		13 cas
Syphilis :		8 cas
héredo-syphilitique :		2 cas
		10 cas
Psychoses endocriniennes ovariennes 4 ; thyroïdiennes 1 ; parathyroïdienne 1 ; compléxes 1 :		7 cas
Ethylisme :		7 cas
Toxi-infections de nature indéterminée :		7 cas
Rhumatisme articulaire aigu ou rhumatisme cérébral :		3 cas
Réactions d'intolérance :		3 cas
Insolation :		3 cas
Puerpéralité :		3 cas
Psychoses post-appendicaires :		2 cas
Hypertension intra-crânienne :		1 cas
Fulguration :		1 cas
Sans étiologie nette :		30 cas

Tableau V

Modalités des traitements
dans 52 cas guéris ou notablement
améliorés.



drome schizophrénique. Mais il ne faudrait pas croire que de tels faits soient très fréquents; bien souvent l'hérédité ne se manifeste pas du tout par l'existence de psychoses caractérisées chez les ascendants ou collatéraux, mais par l'existence de simples particularités de caractère, qui ne peuvent être perçues que par une connaissance intime de la famille. Nous avons noté, par exemple, plusieurs fois, un caractère impulsif, autoritaire, violent chez le père co-existant avec un caractère déprimé, asthénique chez la mère. La question de l'hérédité n'est d'ailleurs qu'un facteur au milieu de beaucoup d'autres dans la constitution du terrain. Il faut tenir compte également des accidents de la première enfance, des traumatismes obstétricaux qui déterminent parfois ultérieurement des associations épileptiques et schizophréniques, des encéphalites de la première enfance, etc. Enfin l'hérédo-syphilis joue un rôle important comme y ont insisté déjà de nombreux auteurs (DROUET et HAMEL, etc.). Quant aux notions concernant la constitution mentale, elles sont certainement intéressantes, mais il faut les interpréter avec une certaine réserve. La constitution schizoïde est bien loin d'être constante chez les schizophrènes et à ce point de vue il faut éviter de tomber dans le schéma.

Il faut ajouter qu'il est souvent très difficile de faire dans l'étiologie la part de la cause déterminante et de la cause occasionnelle. Bien des toxi-infections ou des intoxications agissent souvent comme causes occasionnelles sur des organismes prédisposés. Cela n'empêche pas qu'il est capital de les traiter.

Conclusions

La « démence précoce » et loin d'être une maladie à évolution progressive et incurable comme on le croit encore très communément. Nous avons observé 38 % de guérisons ou d'améliorations. La maladie peut guérir à toutes ses phases, même à la phase dementielle, et il n'existe pas de symptômes absolument pathognomoniques de la chronicité. Elle peut également guérir après une très longue évolution.

Nous n'avons retenu dans la proportion des guérisons que nous citons, que des cas soumis à un traitement hygiénique ou étiologique. *Nous avons laissé complètement de côté les thérapeutiques de choc.*

Au moment où l'on discute les résultats des méthodes du coma insulinaire et du cardiazol, il nous a paru intéressant de faire le point sur l'évolution spontanée de la maladie, sur la proportion de guérisons et sur le résultat des traitements étiologiques. On ne saurait trop insister sur l'importance de ces derniers et sur le fait que les vrais progrès thérapeutiques durables restent liés à la connaissance approfondie des mécanismes physio-pathologiques et des données étiologiques.

Nous n'insisterons pas ici sur les critiques qui peuvent s'adresser à la notion de « démence précoce » telles qu'elles résultent de la systématisation nosographique kraepelinienne. Notre maître, H. BARUK (60), a insisté à maintes reprises sur cette question et préfère substituer à la notion d'une maladie évolutive systématique et progressive celle des stades évolutifs ou régressifs (70) des atteintes fonctionnelles cérébrales diffuses, ce qui répond beaucoup mieux aux modalités si capricieuses de l'évolution, à la possibilité de guérisons, de stabilisations, de poussées entrecoupées de rémissions, modalités extrêmement variables (69), suivant l'étiologie, le terrain, les conditions de milieu, les circonstances, et les actions thérapeutiques ».

CHAPITRE DEUXIEME

Observations

Les limites de ce travail ne nous permettent pas de publier le détail des observations recueillies. Nous nous sommes limité à l'établissement d'une statistique générale, et, dans ce chapitre, nous publions quelques observations, à titre d'exemple, choisies de préférence parmi les malades que nous avons pu suivre personnellement pendant notre internat dans le service du Docteur BARUK, à la Maison Nationale de Charenton.

OBSERVATION I

(déjà publiée par les Docteurs H. BARUK, SAUVAGE et ALBANE.
Ann. Méd.-Ps. Décembre 1933.)

Démence précoce grave à aspect franchement démentiel, après épisode fébrile et catatonique. Guérison à la suite d'une localisation tuberculeuse (coxalgie). Guéri depuis six ans : revu dernièrement en parfait état mental.

Pl... Pierre-Aimé, soldat de deuxième classe G. O. A. est admis au Val-de-Grâce (4^e division de fiévreux) le 7 juin 1931, dans un « état d'agitation désordonnée et incohérente avec subanxiété et dés-orientation. On a été obligé de l'attacher au lit. T. : 38°5. Haleine fétide. Congestion céphalique ».

Le diagnostic est le suivant : « Syndrome mélancolique avec alternative de dépression et d'excitation. Lenteur de l'idéation. Indifférence de la vie extérieure et refus d'aliments. Etat général déficient ».

Après une nuit relativement calme, Pl... garde cependant, à la visite du matin, une expression de prostration et d'obnubilation profondes avec gesticulation inadaptée. Paroles incohérentes et monosyllabiques. T. : 38°.

Examen somatique. — Réflexes obtenus, mais donnant l'impression d'être faibles. Pas de signes pyramidaux, pas de raideur de la

nuque ni aucun autre signe de la série méningée. Grande dilatation des pupilles. Réaction à la lumière : normale.

L'examen viscéral, qui ne montrait rien de particulier à l'entrée, décèle, le 9 juin, l'apparition d'un souffle systolique à la pointe du cœur, dur et râpeux, sans propagation nette et qui disparaît du reste le lendemain.

Examen psychique. — Le malade répond « à côté ». Interrogatoire impossible, en raison de la fatigabilité de l'attention et surtout de gros troubles de la perception. Viscosité mentale empêchant Pl... de comprendre le sens des questions posées. Désorientation dans le temps et dans l'espace. Expression hagarde du regard vague avec atonie des traits du visage. Activité onirique. Mouvements carphologiques rapides. Gesticulation inadéquate. Paroles désordonnées avec incohérence. Opposition. Négativisme marqué. En somme : confusion mentale avec agitation sub-anxieuse, onirisme et incohérence. Opposition et négativisme chez un jeune soldat fébrile (38°5, 38°) et avec mauvais état général et à l'examen neurologique négatif.

Examens humoraux. — Urée sanguine, 0,55; B. W., sanguin, négatif.

Traitement. — Bains et salicylate de soude intra-veineux.

Le 18 juin : l'état infectieux s'est amélioré, la fièvre est tombée, mais, au point de vue psychique, le malade est toujours aussi confus, présente un négativisme toujours très marqué, du refus d'aliments ayant nécessité l'emploi de la sonde. Gâtisme. Mutisme complet. Sommeil assez bon. Pas d'agitation. Le malade n'a pas reconnu sa tante, venue récemment pour le voir. Au point de vue somatique, le souffle systolique mitral, qui avait été constaté au début de son hospitalisation, a actuellement disparu, mais on constate un bruit de galop à la pointe. Rien aux autres appareils. Affaiblissement marqué.

Le 29 juin : état stationnaire. Persistance d'un négativisme toujours très marqué. Refus d'aliments. Absorbe quelquefois, quand il est seul, un peu de boisson, mais ne touche pas aux autres aliments; doit toujours être alimenté à la sonde. Mutisme absolu. Paraît toujours aussi complètement désorienté que par le passé. Indifférence vis-à-vis des siens : ne réagit pas aux visites de sa mère et de sa tante.

Le dosage de l'urée sanguine, qui avait indiqué 0,55 au début de son séjour, est actuellement de 0,40.

Impossible de recueillir des réponses de ce malade. Gâte, défèque dans son lit et se barbouille de matières fécales. Amélioration nette de l'état cardiaque. Disparition actuelle du bruit de galop. En raison de la persistance du syndrome psychique et de l'impossibilité de le renvoyer actuellement à sa famille, Pl... va être interné à l'Asile de Saint-Maurice. La famille, prévenue, accepte la solution.

Le 19 juillet : état toujours stationnaire. Même opposition et négativisme. Alimentation très difficile. Masturbation automatique. Etat confusionnel persistant.

Conclusion. — Syndrome de confusion mentale très marquée avec désorientation complète. Mutisme, négativisme avec refus com-

plet d'aliments nécessitant l'alimentation à la sonde. Gâtisme. Indifférence affective apparente et désintéressement complet du milieu ambiant. Etat survenu au cours d'un syndrome infectieux aigu actuellement guéri et précédé, au cours d'une première phase, d'agitation morrice avec tentative de déféstration.

Evolution possible vers une démence précoce.

Il n'est pas douteux qu'il existe une relation nette de cause à effet entre l'état psychique actuel du malade et la maladie aiguë survenue au début.

Proposé pour la R. D. n° 1 : invalidité 100 %.

Signé : Docteur GAUTHIER.

Pl... arrive à la Maison Nationale de Charenton, le 24 juillet 1931, et est justiciable du certificat d'entrée suivant :

« Confusion mentale avec négativisme. Catatonie. Refus d'alimentation. Anxiété permanente. Très mauvais état général. Troubles vaso-moteurs. A admettre. 25 juillet 1931. D^r Paul ABELY ».

Le *certificat de quinzaine* indique : « Confusion mentale grave avec stupeur anxiieuse, négativisme, catatonie, refus d'alimentation, état subfébrile permanent. Cachexie progressive. Troubles vaso-sympathiques. A maintenir. Le 8 août 1931. D^r Paul ABELY ».

Ce malade reste dans le service, et, entre novembre 1931 et fin avril 1932, période où il est particulièrement observé, il garde un aspect typique de dément précoce : facies absent, indifférence affective, agitation par intervalles, tant diurne que nocturne. Gâtisme. Le malade mange son varech, refuse les aliments. Son état physique nécessite des toniques administrés pendant quelque temps : huile camphrée, hémostyl, hémoglobine. A fait de très courtes éclaircies pendant lesquelles Pl... peut être levé, manger, au réfectoire, l'état mental reste aussi grave jusqu'en avril 1932 : accès d'excitation, laceration d'effets, chants désordonnés, turbulence, laquineries. Troubles physiques tels que ceux rencontrés habituellement dans la démence précoce : troubles vago-sympathiques, pseudo-œdème, etc. Etat donnant l'impression de la chronicité.

Or, tout d'un coup, le 20 juillet, le malade se remet à parler, redevient présent à l'ambiance, s'exprime de façon cohérente. C'est à ce moment que l'attention est attirée d'un autre côté : le malade se plaint alors de sa hanche gauche. La fièvre réapparaît : 38°6 le soir. Et alors que l'état mental se montre tout à fait satisfaisant, le malade répond parfaitement à toutes les questions posées, il a une conscience parfaite de sa situation, il a retrouvé toute son affectivité (hâte de guérir pour rentrer dans sa famille, etc.), on assiste à une reprise de signes physiques defectueux : amaigrissement rapide, fièvre continue à oscillation entre 38°5 et 39°5. Point de côté. Toux sèche. L'examen pulmonaire montre l'existence d'une pleurésie dont la nature séro-fibrineuse est mise en évidence le 2 août par une ponction exploratrice (+). En outre, les douleurs de la hanche se précisent. Le Docteur BEAUSSENAT, chirurgien de l'établissement, appelé en consultation, fait le diagnostic de coxalgie et conseille l'application d'un appareil plâtré qui est installé le 19 août. Nous allons assister alors à l'atténuation de la fièvre, la

température descendant même tant soir que matin pendant deux jours et à la transformation des signes d'épanchement qui disparaissent pour faire place à des frottements pleuraux. Fin août : un nouvel épisode fébrile réapparaît, à grandes oscillations. Le malade est dyspnéique. L'auscultation du cœur montre des bruits assourdis avec gros frottements péricardiques à la région méso-cardiaque. Tachycardie. Pouls à 130. Reprise du traitement salicylé. Peu à peu, le bruit de frottement disparaît, alors que persiste la tachycardie et qu'apparaît un bruit de galop très net. Mouvement de roulis de la paroi faisant penser à l'évolution vers la symphyse péricardique. Pas d'augmentation de volume du foie. Le plâtre, enlevé fin août, est refait, à la suite des douleurs accusées par le malade. Mais, fin septembre, on doit l'enlever à nouveau, de larges eschares s'étant établies au niveau de la crête iliaque.

Le 4 octobre : l'examen physique est le suivant : T. 38°. Pouls rapide à 100, allorythmique. Eréthisme cardiaque. Le foie déborde légèrement les fausses-côtes. L'auscultation des poumons montre, à gauche : en arrière, une respiration diminuée, en avant, de la submatité avec bruits surajoutés.

Tant dans la période précédente qu'à ce moment et les mois qui vont suivre, Pl... peut, au point de vue mental, être considéré comme guéri.

La fièvre persiste à oscillations journalières de 1 degré environ, puis se régularise et décroît. En décembre, on peut noter que l'état mental reste parfait. Le malade s'alimente bien. L'état général s'améliore. Fin décembre : le malade est pris brusquement, à deux reprises et pendant quelques secondes seulement, de sensations de vertige « tourbillon dans la tête », dit-il. Sensation que le lit tournait. L'examen, renouvelé quelques jours après, ne montre aucun signe neurologique et le malade n'en accuse aucun de subjectif.

Le 17 janvier 1933 : Pl... est toujours très bien au point de vue mental. L'état général s'est encore amélioré. La fièvre a disparu. L'appareil à extension installé est enlevé. Le malade accuse, en se levant, des vertiges, de la céphalée. Ces symptômes disparaissent en position assise ou couchée.

Depuis lors l'état mental du malade reste absolument normal à tous les points de vue. Le malade est parfaitement présent, ses fonctions intellectuelles sont parfaites, son affectivité est entièrement revenue. Son comportement est excellent. L'état général s'améliore aussi, mais l'état de la hanche reste préoccupant. C'est pourquoi le malade sort de la Maison Nationale de Saint-Maurice complètement guéri au point de vue mental et entre à la Salpêtrière dans le service du Professeur GOSSET.

A son entrée à La Salpêtrière (le 23 mars 1933), on constate que la hanche est dans une position exceptionnellement anormale : la cuisse en abduction presque à angle droit, rotation externe considérable, genou fléchi, attitude fixée par contracture antalgique plus que par ankylose, car on peut arriver à déterminer en douceur des mouvements de l'articulation. Même une inclinaison considérable du bassin du côté malade n'arrive pas à obtenir le parallélisme des deux membres inférieurs. Plus de fessiers, gros gan-

glions iliaques. Un énorme abcès déforme la racine de la cuisse, et gonfle le triangle de Scarpa, un autre fluctue en arrière.

Les radiographies montrent une destruction quasi totale de la tête et du col fémoral, un agrandissement notable du cotyle, une décalcification pelvienne intense, et une déformation en pseudo-oblique ovulaire du bassin ; il s'agit d'une pseudarthrose intracotyloïdienne secondaire à des destructions extraordinairement rapides et importantes de la tête fémorale et du cotyle : la luxation vraie a été évitée par l'abduction extrême portant l'extrémité fémorale à l'appui de la partie inférieure du cotyle et par les déformations trophiques de l'aile iliaque inclinée et abaissée du côté malade.

Après ponction de l'abcès antérieur qui retira 100 cc. de pus environ, on put installer une extension continue, pour tenter de réduire la déformation, ce qui fut obtenu sans grande traction en 15 jours. Malheureusement, on ne put arrêter la fistulisation de l'abcès, en avant entre couturier et tenseur, en arrière où l'abcès s'ouvrait largement par une vaste plaie.

Le malade est resté dans le service de la Salpêtrière du 22 mars au 28 octobre 1933, date à laquelle son transfert à Berck a pu être fait.

Pendant tout son séjour, son état général, d'abord médiocre, s'est peu à peu amélioré ; des vomissements et de la diarrhée ont persisté pendant tout le mois d'avril, puis ont cessé ; il a repris du poids ; une fistule externe s'est fermée, la plaie postérieure s'est réduite, seul l'abcès antérieur toujours volumineux a nécessité de nombreuses ponctions.

Malgré une forme de coxalgie particulièrement destructive, le malade paraît bien actuellement faire les frais de la réparation de ses lésions ; il semble possible que son séjour à Berck permette la fermeture des fistules et l'assèchement des abcès ; et que, dans un délai éloigné, une arthrodèse de la hanche lui rende un membre inférieur solide en rectitude. Par contre, il suffirait d'une seule nouvelle localisation tuberculeuse ostéo-articulaire pour que le diagnostic soit bouleversé.

Notons que l'état mental reste toujours parfait et que la guérison de la psychose se maintient complète depuis près d'un an et demi. Quant à la pleurésie et à la péricardite, elles ont remarquablement guéri, et une radiographie récente montre une image thoracique sensiblement normale.

OBSERVATION II

(déjà publiée par notre Maître H. BARUK. *Ann. Méd. Ps.*, mai 1934)

Stupeur confusionnelle évoluant vers la stupeur catatonique et la désagrégation psychique. Guérison à la suite du traitement étiologique. Phase maniaque précédant la guérison.

Gal... Henri, 18 ans, est amené à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice, le 3 septembre 1933, avec le certificat suivant :

« Confusion mentale à forme stuporeuse caractérisée par le refus de prendre de la nourriture, de la contracture des membres, des crises d'agitation ». (Dr. SAINTINI).

A son entrée, le malade paraît extrêmement prostré : le facies extrêmement pâle, vide d'expression, les yeux grands ouverts, les pupilles dilatées. Le mutisme est complet. Le malade paraît incapable de se tenir debout, et on doit le conduire dans le service sur un brancard.

A l'examen, les membres soulevés retombent lourdement ; toutefois, en mobilisant un peu l'avant-bras sur le bras, on sent se développer une résistance active, véritable négativisme ; le pouls est lent, à 54, des vomissements apparaissent si l'on déplace tant soit peu le malade. En somme, tableau de stupeur confusionnelle.

La famille interrogée nous donne les renseignements suivants : cet état de stupeur serait apparu peu après une grande émotion. Son père avait été attaqué par un voisin (coup de revolver, le jeune homme menacé), à la fin de juillet. Depuis lors, le jeune homme paraissait très fatigué, inquiet, insomniaque. Puis, vers la fin d'août, un matin, il présente un vomissement ; tout d'un coup, sa figure change, il ne parle plus. Le lendemain, il dit bonjour, puis se renferme de nouveau dans le mutisme total qui persiste jusqu'à son arrivée dans le service, sauf une petite interruption la nuit qui précède, dans laquelle il semble se réveiller quelques instants pour demander où il était.

Pas d'antécédents pathologiques notables, à l'exception de petites poussées fébriles (38° - $38^{\circ}5$), qualifiées de fièvre de croissance ; fatigable, affectueux et sensible, travaillait régulièrement comme dessinateur.

L'état du malade reste sensiblement analogue pendant les semaines qui suivent : l'examen neurologique et viscéral restent négatifs. Toutefois l'état de stupeur va en s'accroissant, et s'accompagne peu à peu de négativisme prolongé, généralisé et intense, de catalepsie et de troubles végétatifs de plus en plus marqués (acrocyanose, salivation, bradycardie, nausées).

Vers la fin de septembre, commencent des oscillations curieuses à la fois de l'état mental et somatique. Durant 5 à 6 jours, le malade semble s'améliorer, s'éveille, prononce quelques mots, puis, brusquement on voit réapparaître la stupeur et le négativisme. Ces oscillations se reproduisent à 4 ou 5 reprises. Chaque poussée de stupeur s'accompagne alors, outre les signes catatoniques habituels, de :

- 1° fièvre légère ($37^{\circ}8$ - 38°),
- 2° d'une conjonctivite intense, bilatérale,
- 3° d'une dilatation pupillaire énorme, avec cyanose et bradycardie (pouls à 50).

Tous ces signes, y compris la conjonctivite, disparaissent totalement et brusquement pendant des rémissions légères de 4 à 5 jours, pour reprendre ensuite.

Ces oscillations et surtout l'existence concomitante de fièvre et de conjonctivite (*) attirèrent l'attention sur la possibilité d'une infection colibacillaire.

On pratiqua donc, le 15 novembre, en pleine poussée catatonique et légèrement fébrile (37°8), un premier examen d'urine; celui-ci resta entièrement négatif, urines claires, sans pus, et ne présentait pas de colibacilles, ni à l'examen direct, ni à la culture.

Malgré ce résultat négatif, on continua de recueillir quotidiennement les urines du malade; or, trois jours après, le 18 novembre, brusquement, en même temps que s'atténuait le syndrome catatonique et la conjonctivite, on vit apparaître des urines troubles, malodorantes (odeur spéciale du colibacille). L'examen cytologique et bactériologique des urines recueillies par cathétérisme dans la vessie montra la présence de quelques polynucléaires altérés, en très petit nombre d'ailleurs, mais surtout l'existence, même à l'examen direct, d'une décharge considérable de bacilles, Gram négatif, qui, à la culture, purent être identifiés comme des colibacilles.

On a alors institué un traitement étiologique énergique par le sérum anticolibacillaire de Vincent en se conformant aux données thérapeutiques établies par le Pr VINCENT (**) dans le traitement de la colibacillose :

1° Injection sous-cutanée quotidienne de 30 cc. de sérum. Ces injections ont été poursuivies sans interruption, depuis le 29 novembre jusqu'au 26 décembre inclus, c'est-à-dire pendant vingt-huit jours;

2° Durant toute la durée de ce traitement sérothérapique, on a institué suivant les conseils du Pr VINCENT, et afin d'éviter les accidents sériques, la thérapeutique suivante : absorption chaque jour d'une potion contenant : salicylate de soude, 6 gr., benzoate de soude, 6 gr., eau de Vichy, 250 cc. Cette potion était absorbée entièrement dans les 24 heures, par prises fractionnées toutes les deux heures;

3° Au traitement général précédent, il a été associé un traitement local urinaire par des lavages du bassinnet au sérum : deux lavages ont été pratiqués par le Dr FERRIER, urologiste, l'un le 11 décembre (bassinnet droit), l'autre, huit jours après (bassinnet gauche);

4° Bien entendu, on a soigné également l'intestin et le malade a été entouré des précautions hygiéniques les plus minutieuses.

Les résultats de ce traitement ont été les suivants : peu à peu, disparition du mutisme et de la stupeur. A la fin du traitement sérothérapique, l'état mental était redevenu sensiblement normal : malade gai, éveillé, très en train, s'occupant dans le service, ré-

(*) Rappelons la valeur sémiologique bien connue de la conjonctivite dans les infections colibacillaires, valeur sémiologique soulignée notamment par HEITZ-BOYER.

(**) Voir à ce sujet VINCENT et JACQUET. La sérothérapie anticolibacillaire. *Premier Congrès français de Thérapeutique*, Paris, oct. 1933. Doin, éditeur.

pondant parfaitement aux questions, etc... Parallèlement, on notait une transformation impressionnante de l'état physique : disparition de la bradycardie, de la dilatation pupillaire et de la pâleur relativement considérable de l'état général, avec augmentation de poids rapide, rétablissement de l'appétit et des fonctions intestinales.

Toutefois, vers le début de janvier 1934, le malade présenta un petit épisode hypomaniaque : son entrain devenait excessif, le facies euphorique, il établissait des projets mégalomaniques, prétendait qu'il allait refaire les plans de l'hôpital, renouveler le mobilier, construire des maisons de campagne pour les infirmiers, etc..., graphorrhée, hyperactivité.

Peu à peu, cet épisode hypomaniaque s'atténua à son tour, et le malade sortit de l'établissement en excellent état physique et mental le 6 mars 1934. Un examen pratiqué en mai 1934 a montré que la colibacillurie avait disparu.

Par la suite le malade a passé son conseil de révision et a fait son service militaire en 1936. Il continue à donner de ses nouvelles et dernièrement il est venu voir le Dr BARUK pour lui demander conseil au sujet de son mariage prochain.

OBSERVATION III

(inédite)

(Malade du service du Docteur H. BARUK).

Bouffée délirante. Episode catatonique. Guérison complète depuis huit ans et vérifiée actuellement.

Dai... Louis, 21 ans, garçon de café, entre à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice le 20 mars 1931.

Certificat de 24 heures. — Le 21 mars 1931. Bouffée délirante des dégénérés ; idées délirantes polymorphes, un fond d'excitation maniaque ; stigmates multiples de dégénérescence, hérédité morbide, appoint éthylique probable. Signé : Dr P. ABÉLY.

Certificat de quinzaine. — Le 4 avril 1931. Délire polymorphe avec idées de grandeur et de richesse, de persécution ; agitation catatonique intermittente, attitudes cataleptiques, tendance au négativisme, stigmates multiples de dégénérescence, hérédité morbide. A maintenir. Signé : Dr P. ABÉLY.

En mai et pendant 4 ou 5 mois par la suite le malade présente un état de catatonie avec catalepsie, mutisme, regard vague, stupeur. Il en sort par moments pour faire des excentricités.

28 novembre 1931 : le malade s'est beaucoup amélioré. Examen psychique :

D. Comment allez-vous ?

R. Je vais bien en ce moment.

D. Quand vous n'étiez pas bien que ressentiez-vous ?

R. Des maux de tête. J'ai eu une méningite (?) pour laquelle j'ai été soigné à la clinique de la Rue de la Glacière. J'avais conti-

nuellement des idées nouvelles qui tourbillonnaient. J'avais toutes sortes d'idées mélangées. Surtout à la clinique de la Rue de la Glacière, j'avais des idées bizarres.

D. Cela a duré combien de temps ?

R. Un mois environ.

D. A la rue de la Glacière restiez-vous couché ?

R. Oui, j'étais attaché.

D. Pourquoi étiez-vous agité

R. C'était de la fatigue, de l'anémie.

D. Étiez-vous fatigué ?

R. Très fatigué.

D. Quand vous êtes venu ici au début, étiez-vous bien ?

R. J'étais mieux.

D. Pourquoi vous sentez-vous mieux maintenant ?

R. Je suis plus gai, je me sens mieux aussi comme état général, j'ai meilleur appétit, je n'ai plus de migraines. •

D. Comment cela vous a-t-il pris ?

R. J'étais garçon de café, je me suis senti très fatigué d'un seul coup. Je souffrais des amygdales. J'ai dû quitter mon travail et aller me reposer à la campagne dans le Rhône. J'allais beaucoup mieux, mais aussitôt arrivé, le voyage m'ayant fatigué on m'a emmené rue de la Glacière. En arrivant, j'avais des étourdissements.

D. Perdiez-vous connaissance ? R. Non. — D. Combien cela durait-il ? R. Un quart d'heure.

D. Comment vous sentiez-vous à ce moment ?

R. Très énervé, très agité. J'étais fatigué par le travail, contrarié par la maladie de mon père.

D. Avant tout cela étiez-vous bien ?

R. Très bien.

D. Aviez-vous eu des migraines quelquefois ?

R. Rarement.

D. Y étiez-vous sujet ?

R. Non, mais j'ai eu des chauds et froids, je toussais et crachais un peu.

D. Aviez-vous eu d'autres maladies ?

R. La grippe espagnole à 9 ans.

D. Avez-vous des frères et des sœurs ?

R. Oui, j'ai deux frères et une sœur, bien portants, sauf l'un de mes frères qui a des névralgies du trijumeau.

D. Vous occupez-vous un peu maintenant ?

R. Oui, je fais quelques courses avec les infirmiers.

D. Avez-vous des visites ?

R. Mon frère et ma belle-sœur.

D. Désirez-vous quelque chose ?

R. Retourner à mon pays.

D. Quel âge avez-vous ? R. 21 ans.

Il a été soigné pour de l'acrocyanose, dit-il.

Examen somatique : Aspect général : assez bien développé ; extrémités un peu froides et tendance à l'acrocyanose. Actuellement mains très moites et rougissant facilement. Figure bien ronde. Morphologie très régulière, très lisse, en lune. Pas du tout

de rides. Joux bien colorées, porcelainiques. Réflexes pupillaires normaux. Motilité de l'avant-bras sur le bras ; on note des mouvements pendulaires automatiques qui se continuent d'une façon très prolongée et même si on lui parle. Conservation des attitudes segmentaires très marquée au membre supérieur, au membre inférieur, au tronc et dans une position d'équilibre difficile. On fait du bruit à côté : pas de changement. Cette conservation des attitudes paraît très prolongée. Pas de négativisme ni de raideurs. Petit tremblement fin des extrémités, très manifeste dans l'attitude du serment. Allure de tremblement émotif. (A noter que l'examen était fait au bureau médical et que le malade dit qu'il se sentait ému. A noter aussi changement de couleur facile du visage). Réflexes rotuliens un peu vifs. Réflexe cutané plantaire en flexion. Pas de roue déniée. Rien aux autres appareils à un examen rapide. Mimique : à noter particulièrement pendant la conversation, les attitudes : aspect immobile de statue, aspect primitif (sournois).

Par la suite, il va de mieux en mieux.

Sort guéri le 29 décembre 1931.

Depuis, il se porte toujours très bien. A donné plusieurs fois de ses nouvelles.

En mai 1939, le malade vient rendre visite au Dr BARUK. Il nous explique comment, pendant sa maladie, sa volonté était inhibée, raison pour laquelle il gardait le mutisme, et fuyait les visites de son frère. Depuis sa sortie, il a repris son travail, s'est marié et a une gentille petite fille.

OBSERVATION IV

(inédite)

(Malade du service du Docteur H. BARUK)

Catatonie intense, avec prédominance de négativisme. Antécédents hépato-intestinaux. Disparition de la catatonie. Reprise de l'activité mentale, mais épisode interprétatif d'aspect paranoïaque. Reprise de l'activité sociale, mais avec troubles du caractère.

V... Marcel, 40 ans, Chef Comptable, entre à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice, le 6 mars 1937, venant de Villejuif.

Certificat du Docteur DUCOSTÉ. — « Est atteint de confusion. Idées incohérentes de grandeur et hypochondriaques. Agitation habituelle. Peut être transféré sous la conduite de deux infirmiers ». 1^{er} mars 1937.

Le 6 mars 1937 : Examiné dans le service. Absolument immobile sur son lit, la tête en l'air (oreiller psychique), le facies absolument fixe, sans le moindre clignement des paupières, les yeux ouverts, la bouche fermée. Poings fermés, pouce placé en dehors des autres doigts, la deuxième phalange fléchie sur la première. Les avant-bras fléchis sur les bras, les membres supérieurs allon-

gés. L'aspect du visage est frappant : face figée, front lisse, téguments rosés, aspect légèrement séborrhéique. Globes oculaires obstinément fixés en bas et à droite, dans une attitude parallèle. Le malade paraît contracté : effort pour maintenir sa tête en l'air, oscillations incessantes de celle-ci. Négativisme intense à l'essai de mobilisation de la tête. Passivité extrême au défléchissement des doigts de la main. Négativisme complet à l'essai de mobilisation des membres inférieurs : muscles saillants, durs comme du bois. Passivité pour les mouvements des pieds. Catalepsie des membres inférieurs soulevés au-dessus du plan du lit.

On fait lever le malade. Immobilité impressionnante du visage, regard sans vie, coloration intense des téguments. On le pousse en avant : il se met alors à marcher, faire demi-tour, marcher à nouveau, refaire demi-tour avec une cadence toujours accélérée ; on lui crie « halte », il s'arrête net. On le recouche : reprise de l'oreiller psychique, le regard toujours en bas, immobile comme une statue.

Les réflexes tendineux paraissent conservés (les rotuliens impossibles à rechercher en raison du négativisme). Réflexes cutanés conservés plutôt vifs. Réflexe cutané plantaire : en flexion nette à droite, indifférent à gauche.

Troubles vaso-moteurs très importants au visage. Coloration très marquée. Sudation marquée des mains.

Certificat de 24 heures. — « Syndrome catatonique avec immobilité absolue, catalepsie, négativisme alternant avec une passivité psychique, exécution automatique des ordres, troubles vaso-moteurs, mutisme, antécédents digestifs ; à observer ». Signé : Dr BARUK, 7 mars 1937.

Histoire de la maladie. — Etait bien jusqu'au 2 octobre 1938. A cette date mort de son beau-père : gros choc. Baisse de la tension artérielle en 15 jours de 17 1/2 (maxima) à 12 1/2 : sympathyl et reconstituants. Continue son travail, considérable, de chef comptable.

En novembre 1936 : préoccupé de son état. Se croit porteur de toutes les maladies : cancer, tuberculose. Se regarde la gorge, les mains ; fait des grimaces.

Fin novembre se sent, dit-il, fort fatigué ; reste couché.

Placé alors à la Maison de Santé de Fontenay-sous-Bois. Soigné par le Dr PICHARD : on lui remonte le moral et le physique.

Amélioré les 15 premiers jours. Puis reprise des idées hypochondriaques. Ne dit rien ; mais il écrit à sa femme.

26 décembre 1936. Sort de la maison de santé, et fait un voyage en Belgique. A hâte de revenir chez lui.

28 décembre : de retour, il prétend avoir été empoisonné. Devient exubérant, excité. Conduit à Henri-Rousselle, il est interné à Sainte-Anne puis transféré à Villejuif, le 6 janvier 1937.

A noter au début de la maladie des douleurs cervico-occipitales.

Antécédents. — Forte paratyphoïde, il y a 9 ans. 26 jours de fièvre. Vomissements mais pas de délire. Depuis troubles digestifs intestinaux, crises de diarrhée, selles fétides, haleine fétide. Suit un régime très sévère. « Tube digestif déplorable », dit sa femme.

Pas d'autres maladies. Cicatrice à la tête d'un accident survenu à l'âge de 6 ans (roue de voiture passée sur la tête). Gazé à la guerre trois fois. Radiographies et examens de laboratoires négatifs. Caractère très gai, bon vivant. A une belle voix, chante souvent et prend part à des concours sérieux.

Dans le courant du mois de mars 1937 : moments d'excitation : « J'ai la volonté portée à son maximum, ça me donne une puissance sur tout le monde. Je vais résoudre la question sociale. Je veux l'union de tous les peuples et la liberté d'action. Celui qui a faim mangera ; je le veux ». Ton déclamatoire, appel pathétique à la liberté, ton de prédicateur : « Sonnez le glas, cœur de la femme française qui fut l'héroïne de ce pauvre errant, faites-le servir et donnez-lui la faculté de celui qui vous a servi par son cœur ! ». La voix monte de plus en plus ; le malade présente un tremblement généralisé. A d'autres moments, il se dit la victime de la franc-maçonnerie ; des groupements politiques lui en veulent pour avoir rendu service à des israélites.

Certificat de quinzaine. — « Syndrome catatonique avec alternance de périodes de stupeur avec raideur, négativisme, troubles organo-végétatifs et de périodes d'excitation avec logorrhée déclamante, idées de persécution ». Signé : Dr H. BARUK, 21 mars 1937.

Août 1937. A fait une longue période de stupeur catatonique. Il en est sorti et a repris ses idées de persécution ; on l'a rendu malade en utilisant des sciences telles que la théosophie, la théologie ou la religion. Il y a des éléments physiologiques à la base de l'édifice de sa maladie. Le monde entier s'est occupé de sa personne. Il a subi une période de lent empoisonnement. Il a été intoxiqué par des gaz, les a senti pénétrer à la région pulmonaire ; on l'a fait gesticuler. Les médecins lui ont redressé le système nerveux avec des pilules. Donne des considérations anatomo-cliniques sur sa maladie. S' imagine toujours avoir une mission en matière sociale.

Il refuse les traitements qu'on lui propose.

Décembre 1937. — Préoccupé par son inactivité. A des causes d'ordre social à défendre. Toujours les mêmes idées de persécution et de grandeur. A fait entre temps un petit épisode de stupeur catatonique.

Par la suite traité à l'extrait hépatique. Devient plus cohérent. Demande sa sortie. Reçoit des visites et entre en rapport avec d'anciens camarades du dehors.

21 février 1938 : Il sort de l'hôpital très notablement amélioré, mais pas complètement guéri ; il garde quelques idées d'influence mais ce sont plutôt des griefs qu'il nourrit contre certains membres de sa famille. Récemment, il a revu le Dr H. BARUK. Il a repris son travail et son activité sociale. Demeure néanmoins un peu excité.

OBSERVATION V

(inéдите)

(Malade du service du Docteur H. BARUK)

Hébéphrénie typique à aspect démentiel. Antécédents hépato-intestinaux. Guérison complète et brusque après traitement étiologique et à l'occasion d'une angine. Guéri depuis un an.

Hag... Francis, 16 ans 1/2, entre à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice, le 5 août 1937, présentant un état confusionnel, d'absence. Parle clairement une seule fois pour dire sans aucun à-propos : « qui a mis le pétrole ? ». Se plaint de sa tête ; n'a pas l'air de se rendre compte de sa situation.

Certificat de 24 heures. — « Stupeur avec ralentissement mental extrême ; paraît absent, émet quelques vagues réponses par oui ou par non, paraît désorienté ; calme néanmoins ; aspect d'indifférence affective. A observer ». Signé : Dr BARUK, 6 août 1937.

Les jours qui suivent : le malade marche dans la chambre, pendant qu'on l'examine, l'air un peu égaré. Il était en vacances dans les Basses-Alpes ; on lui demande : que faisais-tu là ? pas de réponse. D. Tu te reposais, tu faisais du sport ? R. ...non. D. As-tu mal quelque part ? R. Non. Toutefois, dans quelques secondes il se plaindra de sa tête.

D. Y a-t-il quelque chose qui te tracasse ?

R. Oui. Puis il ne dit plus rien. Aspect engourdi. Paroles lentes. Examen somatique et neurologique négatif. T.A., 12-6. Indice oscillométrique faible.

Histoire de la maladie. — Le jeune malade était dans un camp de vacances, après avoir passé sa première partie de baccalauréat. Il tombe dans le mutisme, devient renfermé. Ses parents, avertis, vont le chercher ; pendant le voyage, il tente de se jeter d'une portière de wagon ; parle de faire mauvais usage d'un couteau qu'il possède. Depuis deux ans ; renfermé ; a des manies, dit la mère : cache ses livres, s'enferme dans sa chambre. Récemment il laisse au contraire traîner ses livres de prix pour lesquels il prenait jusqu'alors un soin particulier. Indifférence affective. Devenait taciturne.

Antécédents. — Naissance normale. Enfant coléreux ; jusqu'à l'âge de 6 ans il était facilement contrarié, retenait sa respiration, devenait bleu, tombait à terre « mort », dit la mère, puis se relevait et c'était fini. Enurésie jusqu'à 2 ans. Equivalents comitiaux (?). Extrêmement intelligent : apprenait rien qu'en entendant sa sœur répéter ses leçons. A onze ans, il décrit ainsi son caractère dans une composition : « je suis coléreux, je n'aime pas qu'on m'ennuie ». Premier prix dans le lycée ; prix d'excellence ; première partie du baccalauréat passée brillamment à 16 ans.

A 4 ans : rougeole. A 7 ans : fort ictère, qui a fait suite à une « fièvre intestinale ». La fièvre a disparu dès l'apparition de l'ictère. Depuis diarrhées fréquentes.

Père et mère nerveux, Oncle « pas normal mais en liberté », dit la mère. Sœur ayant guéri il y a un an d'une catatonie.

Octobre 1937 : Le jeune malade est dans le mutisme le plus complet ; il en sort rarement pour prononcer des sons inintelligibles. Impulsions violentes : court vers les portes dès qu'elles s'ouvrent, casse des carreaux, frappe les infirmiers. Attitudes bizarres, collectionnisme. Négligence vestimentaire, malpropreté, incurie complète ; il gâte. Stupeur, indifférence affective complète. Etat d'apparence démentielle.

Novembre 1937 : On institue un traitement à la Pyoformine.

Décembre 1937 : Série d'extrait per-hépatique.

Janvier 1938 : Nouvelle série de Pyoformine. Le malade sort progressivement de son état de stupeur et d'indifférence, se met à faire sa toilette, demande des nouvelles de chez lui, mais reste encore troublé.

En mars 1938, le malade fait un épisode angineux ; au bout d'une semaine, il guérit et en même temps on constate une disparition complète de tous les troubles mentaux. Il parle, il s'intéresse à des lectures, dit qu'il se sent très bien, demande à s'occuper dans le service.

Le 30 mars 1938, il passe dans le service libre, et au bout de quelques jours, il quitte l'hôpital, complètement guéri.

Aux dernières nouvelles, il se maintient toujours en bonne santé physique et mentale et compte reprendre ses études.

OBSERVATION VI (inédite)

(Malade du service du Docteur H. BARUK)

Hébéphrénie typique après tuberculose pulmonaire. Guérison complète après simple traitement hygiénique.

L... Pierre, 22 ans, entre à la Maison Nationale de Santé, le 15 décembre 1936, venant de la Maison de Santé de St-Mandé.

Certificat d'entrée du Docteur Tison. — 15 décembre 1936 : « Excitation avec agitation motrice et verbale par intervalles, phases de mutisme avec négativisme, rires explosifs non motivés, propos incohérents avec réactions impulsives brusques ; indifférence affective, inertie, etc. ».

A l'examen. — Le malade est dans son lit, l'air absent, égaré, il regarde autour de lui d'un air étonné, puis à plusieurs reprises éclate d'un rire rapide en bouffées qui cesse brusquement ; parfois, il regarde rapidement ses ongles comme s'il vérifiait quelque chose, change de position et continue à observer un mutisme absolu à toutes les questions qu'on lui pose. On ne peut même pas obtenir des signes ; il a l'air de ne pas comprendre ; on dirait qu'on lui parle une langue qui lui est étrangère. Pourtant il exécute bien les ordres qu'on lui donne pour procéder à son examen somatique : réflexes rotuliens et achilléens normaux ; réflexes cutanés plantaires : en flexion. Réflexes pupillaires : normaux. Nys-

tagmus spontané horizontal. Conservation des attitudes assez nette. Mouvements d'accompagnement du bras. A l'auscultation pulmonaire : rien à faire ; le malade retient sa respiration. Il mange bien. Il urine dans son lit.

Certificat de 24 heures. — « Est atteint de stupeur avec mutisme, absence d'initiative motrice mais sans catalepsie, aspect absent, quelques ébauches de gestes, nystagmus spontané, très marqué. A observer ». Signé : Docteur H. BARUK, 16 décembre 1936.

Certificat de quinzaine. — « Syndrome hébéphrénique avec aspect d'absence, mutisme ; apathie, automatisme, inactivité. Antécédents bacillaires. A maintenir ». Signé : Docteur H. BARUK, 30 décembre 1936.

Histoire de la maladie. — Début il y a 5 mois, au décours d'une poussée de tuberculose pulmonaire. Soigné à la Maison de Santé de Saint-Mandé. Evolution très rapide vers un état d'apparence démentielle et jugé tel par les différents médecins qui l'ont examiné. A présenté du refus d'aliments. Impulsions violentes. Gâtisme.

Antécédents. — Irritable et renfermé de caractère. Travaillait bien. A eu sa première partie de baccalauréat.

Au point de vue pathologique : en décembre 1931, crachats hémoptoïques qui attirent l'attention ; à la radio : petite poussée évolutive disséminée à la partie moyenne du champ pulmonaire droit. Traces de processus ancien ; sommet voilé à gauche (Docteur DELAPCHIER). Le 9 mars 1932, il entre au sanatorium de Praz-Coutant ; en sort le 30 mai 1933, en bonne voie de guérison ; lésions en régression, d'aspect fibreux. Auscultation quasi nulle ; pas de toux ni d'expectoration ; a repris 5 kilogs (Docteur BOSNIÈRES).

Ultérieurement : le malade a présenté à plusieurs reprises des crachats hémoptoïques, chaque fois ils se sont accompagnés de troubles neuro-végétatifs ; tachycardie, légère angor (examen clinique du cœur et cardio-électrique normaux), troubles vaso-moteurs, inquiétude, etc... Chaque fois examen pulmonaire négatif, radio confirmant l'état satisfaisant.

Evolution de la maladie. — Le malade reste dans un état d'apparence démentielle pendant plusieurs mois. Indifférence affective complète, mutisme, impulsions.

En mai 1937 : légère amélioration débutant par la sphère affective. Puis assez rapidement, il devient communicatif, reprend ses lectures, s'occupe dans le service.

Le malade est sorti complètement guéri le 27 août 1937.

Le 17 septembre 1937 : le père vient donner des nouvelles de son fils : il est revenu à son état antérieur. Au début, il semblait qu'il avait perdu la notion du temps de sa maladie. Puis, il s'est rappelé peu à peu ce qui s'était passé pendant l'année de sa maladie. Il reste assez irritable et renfermé ; mais c'était déjà son caractère antérieur. Lit beaucoup (littérature et philosophie), ne veut pas manger de la viande (est-ce sous l'influence des philosophes hindous qu'il a beaucoup lus ?).

Le 21 novembre 1937, le malade envoie la lettre suivante au Docteur BARUK, que nous reproduisons textuellement :

« Cher Docteur,

« La visite que vous nous aviez conseillée à l'atelier de reliure m'a fort intéressé. Mais je crois imprudent d'abandonner complètement le baccalauréat et je vais essayer de continuer à préparer tranquillement cette seconde partie en ne travaillant que la moitié de la journée, selon ce que vous disiez. Cela me donne peu de chances de réussir mais vaut tout de même la peine d'être tenté. Ce travail suffira donc pour cette année et c'est pourquoi je m'excuse de ne pas donner suite, du moins en ce moment, au projet en question.

Veuillez recevoir, etc... »

En janvier 1939 : une lettre du père, adressée au Docteur BARUK, nous apprend que le jeune homme a passé son baccalauréat, mais que, par la suite, il a fait une poussée aiguë de tuberculose pulmonaire avec hémoptysies et fièvre élevée, calmée en une quinzaine de jours. La radio a montré des mouchetures des 3/4 supérieurs du poumon, à gauche cette fois-ci. Est actuellement au Sanatorium de Bligny. Va très bien au point de vue psychique mais refuse toujours de manger de la viande.

OBSERVATION VII (inédite)

(Malade du service du Docteur H. BARUK)

Hébéphrénie typique, avec délire incohérent, discordance, impulsions. Disparition de tous les symptômes pathologiques en six mois à la suite d'un simple traitement hygiénique, physique et moral.

Ham... Louis, 22 ans, représentant de commerce, entre à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice, le 26 février 1937, venant de la Maison de Santé de Sceaux.

Certificat du Dr BONHOMME, du 25 février 1937. — « Etat hébéphrénique. Dissociation intellectuelle profonde, troubles de l'attention et de la logique, des associations et de la synthèse mentale. Sentiments d'étrangeté, de transformation du milieu et de soi-même. Conscience d'un certain état morbide, idées actives d'influence pour un sien cousin qui lui fait passer toutes sortes d'idées par la tête. Ebauche d'hallucinations auditives. Suppositions délirantes : redemande s'il est un pupille de l'Assistance Publique, si sa mère et son père sont réellement ses parents, si la société dont il est le représentant n'est pas en faillite, etc. Impulsions violentes : 1° a frappé sa mère avec une chaise au point de lui casser le bras; 2° a cherché à s'ouvrir la veine du pli du coude; 3° a cherché à s'évader à plusieurs reprises, etc. » Signé Dr BONHOMME.

Certificat de 24 heures. — 27 février 1937 : « Dépression psychique atypique avec fatigabilité physique, préoccupations hypochondriaques ». Signé : Dr BARUK.

Interrogatoire du malade, le 27 février 1937.

D. Depuis quand êtes-vous arrivé ?

R. Je ne peux pas vous dire exactement, ça doit faire un jour ou deux. Depuis quelques jours je suis un peu dans la panique.

D. Pourquoi ?

R. Parce que je ne comprends pas pourquoi on m'a enfermé.

D. D'où venez-vous ?

R. De Saint-Brieuc.

D. Mais pas directement ?

R. « Ah non ! Je ne sais plus du tout ce qu'il faut dire ou ne pas dire. On m'a d'abord envoyé à Rennes. J'avais déjà une histoire assez embrouillée avec une jeune fille. J'étais assez désemparé. Je me sentais très malade, manque d'appétit, diarrhée, lourdeur de tête le matin. J'ai manifesté le désir de prendre l'air un peu. J'ai sorti ma voiture ; je me préparais à partir ; je suis allé faire une promenade à Paimpol avec un camarade ». Dit être revenu chez lui ; un médecin arrive et rédige une ordonnance : le malade est « embarqué » en voiture et on l'amène à Rennes dans une clinique où on lui donnait des bains. Il s'est reposé ; il s'est effrayé de se voir tout seul ; s'est sauvé, puis est revenu. Il n'est resté que 4 ou 5 jours dans cette clinique. Ses parents viennent le chercher et l'amènent à Saint-Mandé, chez le Dr HERCOUËT, où il n'est resté que quelques heures. « On m'a mis dans une chambre fermée, j'ai eu très peur, une véritable panique, j'ai perdu la tête et j'ai frappé ma mère. On m'a alors mis dans une autre maison ; ayant peur qu'on ne me laisse enfermé, j'ai essayé de me couper une veine ». En somme il fait un récit à peu près exact de l'histoire de sa maladie. On sent percer dans ses dires un manque de critique, son affectivité est bien émoussée, il ne se rend pas compte de son état. On l'interroge sur ses antécédents : toujours maladif, dit-il ; « j'ai une sorte d'anémie constante, le sommeil lourd, de la difficulté à m'endormir, mal à la tête le matin ».

Histoire de la maladie. — Il y a trois semaines il s'est mis à exprimer des idées incohérentes : disait à sa mère qu'elle le faisait suivre, qu'elle le croyait malade comme son père ; voyait des gens qui le suivaient ; on essayait de le faire passer pour quelqu'un qu'il n'était pas, mais on ne lui en a jamais rien dit ; on le regardait de travers.

Antécédents. — Etant enfant il a été effrayé par les crises d'agitation de son père. A 8 ans : bronchite assez grave ; trois mois au lit. A 12 ans : fièvre qualifiée « fièvre muqueuse ». Est resté couché pendant 7 mois ; était devenu « comme un squelette ». Par la suite « quantité de glandes ». Va bien en classe : C.E.P. à 13 ans ; cours complémentaire jusqu'à 15 ans. Travaille dans un magasin de confection ; fait plusieurs métiers. Depuis 5 ou 6 ans : rhinite hypertrophique. Rien au point de vue mental jusqu'alors. Père interné ; frère suicidé.

Certificat de quinzaine. — « Dépression psychique atypique avec perplexité, troubles de la pensée et de l'attention, impulsions. Actuellement le malade est en voie d'amélioration mais il a encore quelques troubles de la pensée. A maintenir ». Signé : Dr BARUK, 13 mars 1937.

Mars 1937 : Le malade a soudain l'idée qu'on l'a amené ici pour

qu'il se marie. Il trouve cela drôle. Ici d'ailleurs c'est sa propriété. Il demande la clef pour aller se promener. Lettre à M. BARUK pour lui demander sa fille (c'est de l'interne du service qu'il s'agit) en mariage. Par la suite légère amélioration.

Le 13 avril 1937, le malade, réclamé par sa famille, sort non guéri.

Revient le 19 avril. Certificat d'entrée: « Etat anxieux, symptomatique d'une démence précoce en évolution, désaffectivité familiale, hostilité à l'égard de sa mère. Idées confuses de persécution, idées de défiliation paternelle et maternelle. Mais il n'est pas sûr que sa mère soit sa mère et que son père soit son père. Se croit le fils de M. G..., riche directeur de la société où travaille sa mère. Cauchemars terrifiants. Peur phobique de la solitude. Raptus à craindre. Tentative de suicide, il y a un mois environ : ouverture des veines au pli du coude gauche par peur de mourir de faim. Arrêté hier à Lisieux pour grivèlerie d'essence après vol de taxi à Paris. Voulait se rendre à Saint-Brieuc dans une impulsion morbide. Hérédité vésanique, paternelle et collatérale. Père interné, frère suicidé ». Signé : Dr DUPONT.

Certificat de 24 heures. — Le 20 avril 1937. « Schizophrénie avec troubles de l'auto-critique, impulsions, troubles du contrôle mental, discordance ». Signé : Dr BARUK.

On demande au malade pourquoi il a volé le taxi. Il répond : « J'étais enfermé à Saint-Mandé dans une chambre où je ne me plaisais pas. Je me suis sauvé ; j'ai pris un taxi ; j'ai envoyé le chauffeur faire une course ; la voiture prise, j'ai suivi tout droit et j'ai été vers l'est, à Saint-Brieuc. J'ai demandé à un distributeur de l'essence ; je n'ai pas payé ; des gendarmes m'ont ramené à Saint-Mandé ».

D. Pourquoi avez-vous fait cet acte ? Il était impossible d'arriver à Saint-Brieuc avec l'essence que vous aviez ?

R. J'avais demandé en mariage Mlle ... (dit le nom de l'interne du service). Je ne sais pas si elle est consentante, mais je maintiens ma demande.

D. Mais enfin vous êtes ici pour vous soigner.

R. Je veux me lever.

Certificat de quinzaine. — Le 5 mai 1937. « Le malade est atteint d'état schizophrénique caractérisé surtout par des troubles du jugement ; au premier abord, présentation d'apparence normale mais dès qu'on l'examine on note une absence de critique des idées qui se présentent à son esprit. Projets absurdes ; inconscience de son état. Fugues récentes et impulsions. A maintenir ». Signé : Dr H. BARUK.

Les jours suivants écrits incohérents. Idées de persécution, excentricités. Mais, à partir du 15 mai environ, par le repos, l'hygiène et aussi à la suite d'un traitement digestif, le malade, peu à peu, devient plus cohérent, commence à faire la critique de ses troubles.

En juillet, on lui fait des sels d'or. Il arrive à s'occuper, retrouve sa vie affective : attitude affectueuse envers sa mère.

Le 3 août 1937, il sort de l'hôpital complètement guéri.

Depuis, il se porte toujours bien.

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Malade du service du Docteur H. Baruk)

Apparence hébéphrénique sous forme de délire incohérent, fantastique. Guérison totale; reprise de ses études, succès aux examens. Vie normale.

D... Michel-André, 20 ans, étudiant en médecine, entre à la Maison nationale de santé de St-Maurice, le 10 octobre 1936, venant de la Maison de Santé de Sceaux.

Certificat d'entrée du Docteur Bonhomme. — Excitation hébéphrénique : soliloques incohérents à peu près continus; salade de mots dans lesquels on reconnaît des allusions à des prétendues inventions électriques, à ses études, aux personnes qu'il a connues ou qu'il rencontre actuellement. Perte de l'auto-critique, inconscience de sa situation, indifférence affective. Inactivité absolue, négligence dans sa tenue; turbulence nocturne par intervalles, etc... Le 8 octobre 1936.

Certificat de 24 heures. — « Paraît atteint de reliquat onirique avec épisode délirant d'onirisme imaginatif actuellement en voie de réduction et de critique, consécutif, semble-t-il à une période dépressive. A observer ». Signé : Dr BARUK, 11 octobre 1936.

Examen du 12 octobre 1936. — Il dit qu'il est entré avant-hier après-midi, venant de la villa Penthievre où il était depuis cinq mois. Il préparait ses examens de deuxième année de médecine; il était assez nerveux, mais à peu près normal. Un médecin est venu, qui l'avait envoyé à la maison de santé. La veille il aurait téléphoné pour se plaindre que la T.S.F. ne fonctionnait pas. S'était intéressé aux questions d'électricité médicale. Il avait une vague notion de paradis terrestre, mais n'en demandait pas plus. Il était un peu dans un état de confusion, c'était peut-être une manœuvre électorale. A la villa Penthievre, on l'a beaucoup torturé en lui donnant des potions et en lui faisant des piqûres; il était dans une chambre isolée comme un cachot; on lui a donné de la ciguë à boire, c'était très amer; à un repas il a vu un homme qui ressemblait au Christ et d'autres personnes qui ressemblaient à ses apôtres : ce repas avait sans doute un sens symbolique, dit-il. Au-dessus de sa tête, il entendait sa mère et une dame, qui discutaient au sujet de sa mise en liberté : sa mère se plaignait d'une avalanche de morts-nés, elle l'accusait d'avoir causé des dégâts extraordinaires la nuit précédente. Il a l'impression d'avoir été dans une salle d'opération, on l'aurait anesthésié à l'électricité et au chloralose et on l'aurait trépané. Il lui semblait que l'atmosphère était surchargée d'électricité, parce qu'il voyait des pylônes autour de lui. Il était très excité. Quelquefois, il voyait d'autres malades comme en cire, ils paraissaient gluants au toucher; derrière le bureau, il y avait une image du Christ et des petits gosses qui bougeaient : c'était tout petit en relief, comme du bois sculpté. Son beau-frère est venu le voir et le malade s'est aperçu que ses yeux étaient transformés comme cou-

leur. Dans le bureau, on sentait une odeur de macaron. Il a vu dans le parc de la villa Penthièvre passer une demoiselle qui serait morte d'une piqûre anatomique. On lui a fait subir un tas d'épreuves extraordinaires : on lui faisait voir comme au travers de la trame d'une tapisserie des Gobelins; on l'a mis sous plusieurs épaisseurs de draps; on lui a fait traverser le vide absolu, il lui semblait que sa tête éclatait. Il criait sans arrêt, appelait ses parents. On lui a fait une opération invraisemblable pour des mesures de chronaxie. Il s'agissait d'un film de Charlot. Un jour, la mère d'un de ses amis lui est apparue dans sa chambre; peut-être par télévision, dit-il, et l'accusait d'avoir tué son fils. Il a vu un de ses camarades tout entouré d'un halo mauve, comme les rayons ultra-violets, qui lui criait qu'il avait peur de mourir. Il y a eu des camarades qui ont essayé de le prévenir à distance qu'on faisait tout ça pour tenter des expériences sur lui. Tout semblait en perpétuel changement; en entrant dans le réfectoire, il avait l'impression qu'il y était déjà venu et que c'était la salle d'opération où on l'avait opéré. Il considère cela comme une espèce de cauchemar; ici, il ne se produit rien d'anormal. Examen somatique : négatif.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Père deux fois interné, une fois à St-Maurice, à la suite de la « grippe espagnole », était sujet à des alternatives d'excitation (avec euphorie, hyperactivité où il aurait fait n'importe quoi, infatigable) et des périodes de dépression (à plat « comme un chiffon »), périodes de quelques mois : entre à St-Maurice, en novembre 1918, sort le 1^{er} février 1919. Au cours d'une dépression s'est tiré une balle dans la tête.

Actuellement bien depuis 1920.

Antécédents personnels. — Né à terme; très bel enfant : 7 livres. Petite enfance : dès le début dormait bien; a parlé et marché à 13 mois : très avancé, très intelligent. Va en classe à 6 ans 1/2 : apprenait très facilement, esprit très vif. A 8 ans : va au lycée; excellentes études : prix d'excellence; inscrit au concours général. Vers 13 ans 1/2 : devient insupportable : violent, instable, éveil de la puberté, excitable. Placé ensuite au lycée Lakanal. Après l'âge de 15-16 ans : amélioration, très gentil mais vif, très affectueux. Passe facilement son baccalauréat; P.C.N.; études de médecine. Très émotif aux examens, mais les passant bien. Il y a un an se présente à l'externat très nerveux, irritable, vomissements de bile le matin; échoue; très affecté (mars dernier).

Histoire de la maladie. — Début de l'accès assez brusque, le 21 avril. Un peu avant était devenu plus bavard. Le 21 avril, excitation à thèmes politiques. Va encore deux jours à la Faculté. Le soir commence à être « drôle » : téléphone à S.V.P., descend chez sa concierge, ne dort pas, se lève, se recouche, se relève. A 3 heures du matin, dit tout d'un coup : « Il faut que j'aille à l'hôpital, il y a la révolution, etc.. » Voulait partir, téléphone même à l'hôpital.

Entré à Penthièvre, le 21 avril 1936 : grande agitation dès ce moment, se roulant à terre, confusion complète, refus d'aliments. Bains de 2 heures. Potion pour calmer et faire dormir, nuits ce-

pendant très agitées. Dès cette première semaine : hallucinations, perception de bruits continuelle.

Le 10 mai, visite de ses amis, le Docteur et Mme G.; un mieux soudain s'est manifesté et se termine par une rechute plus grave; parle seul ou aux oiseaux, au soleil; confusion totale.

Piqûres de soufre (sulfosine), ne donnant à ce moment aucune réaction fébrile; gestes de plus en plus désordonnés.

18 juin : on continue la sulfosine. Malade calme, sans réaction, « comme un automate innocent »; faibles lueurs de raison.

20 juin : première réaction fébrile au traitement; tremblement nerveux, maigreur.

30 juin : confusion et agitation totales.

11 juillet : état lamentable; rire perpétuel, regard fixe, tremblements et contorsions; de plus en plus maigre.

16 juillet : état démentiel complet.

20 juillet : consultation du Docteur LOGRE : pronostic réservé à cause des tremblements. Piqûres d'iode; arrêt de la sulfosine.

En août : amélioration notable, puis rechute. En général, amélioration à tout début de traitement.

Début septembre : chute de cheveux; prise de sang négative. Injections mercurielles sans résultat.

11 septembre : pronostic réservé quant à l'évolution.

18 septembre : consultation du Docteur LOGRE; depuis la veille amélioration sensible, paroles sensées, regard vif, aucun tremblement, mais ne se rend pas bien compte de son état. Aucun traitement.

29 septembre : rechute complète.

6 octobre : nouvelle visite du Docteur LOGRE : impression de chronicité.

10 octobre 1936 : entre à St-Maurice.

Evolution de la maladie. — Le 16 octobre : mêmes idées délirantes que huit jours auparavant.

27 octobre : « J'étais ingénieur-mécanicien; j'étais à Berlin: je me servais d'une traduction ». On lui demande son nom; il répond : « Anonyme, je n'ai pas d'état-civil, donnez-moi mon permis de conduire égaré sur la route d'Arcachon. Je me suis accouché moi-même aujourd'hui, heure, journée, instant ». Allusions à ses études; considérations scientifiques.

Les jours qui suivent : s'agite, casse des carreaux : « Derrière la fenêtre on a monté la guillotine..., le charbon de Belloc sous prétexte que les radiations..., ça passe entre les lignes du journal..., ça va finir par faire des étincelles..., c'est Kirmisson, on devait me laisser sur la table pour faire une dissection..., les sucres d'orge..., la cachexie strumiprive avec la fin du monde... Je connais Marie Stuart, je m'en fous d'ainsi soit-il ». Parle d'un robot; un bouton pressé, on l'arrête.

Les mois suivants logorrhée, graphorrhée. Lettres à différentes personnes de sa famille et de ses connaissances. Emploie des langages étrangers : allemand, russe. Se surnomme : « Le monstre », « l'animal féroce », etc...

Fin février : grosse amélioration venue progressivement. Affectivité redevenue normale. Critique de ses troubles : il a traversé une période de mauvais rêve, de cauchemar, dit-il.

Le 25 mars 1937 : le malade, complètement guéri, ne présentant absolument aucun trouble, quitte le service.

Depuis sa sortie il a toujours donné de ses nouvelles au Docteur BARUK : il a poursuivi ses études de médecine et a passé avec succès ses examens.

OBSERVATION IX (inédite)

(Malade du service du Docteur H. BARUK)

Forme à délire symbolique, passager.

Del... Pierre, 36 ans, ingénieur-chimiste, entre à la Maison Nationale de Santé de St-Maurice, le 23 juin 1938, venant de chez lui.

Certificat d'entrée du Docteur LOGRE. — « Schizophrénie, idées d'influence et de puissance diverses, regarde le soleil et se sent tout puissant. Impulsions violentes, hyponchondrie avec doctrines bizarres, psycho-sexuelles, etc ». Le 22 juin 1938.

Examen du 23 juin 1938. — Le malade se présente bien, s'exprime bien. Il croit qu'il est trop chaste : il n'a pas eu de relations sexuelles avec sa femme depuis six mois. Le sperme lui monte dans la tête et il craint que cela ne provoque une apoplexie. Sa femme se refuse à tout accomplissement du devoir conjugal par crainte d'une grossesse. Il a un enfant; mais sa femme aurait eu deux avortements provoqués, à son insu. Il y a quelque temps, il avait encore des pollutions nocturnes qui le soulaient; il a lu, il y a 3 mois « Mein Kampf » (en allemand, dit-il, car il possède assez bien cette langue pour en saisir toutes les tournures) et en a été fort impressionné; il en rapproche le manque actuel de pollutions nocturnes. A éprouvé à la lecture de « Mein Kampf » une angoisse comme jadis, lors d'un égarement dans la montagne, au cours d'une promenade en ski. Le malade sent qu'il reçoit des inspirations divines : regarde le soleil en face; à une sensation agréable « de sang qui monte à la tête » : toutefois, depuis quelques jours, il porte des lunettes noires. Il se dit cartésien et aussi platonicien : « On ne crée rien, on découvre seulement », dit-il; « La science est un accroissement de la conscience : Pasteur et les microbes; mais aussi, la science découle de contradictions : Newton et la gravitation; la lune ne tombe pas; une pomme laissée en l'air tombe ». Se demande s'il ne pourrait pas calmer ses excitations en prenant des bains chauds des pieds et des parties génitales : cela lui aurait réussi : c'est l'inverse de St Thomas d'Aquin, qui usait de bains froids et aussi de Schiller, qui prenait des bains de pieds froids pour s'inspirer, dit-il.

Peur de l'onanisme, que sa mère lui a interdit lorsqu'il était âgé de 12 ans. A 16 ans, érections et éjaculations « en faisant de

la gymnastique ». Essais infructueux — malgré un verre de rhum — de rapports avec une femme. Vers 17 ans ou 18 ans, fréquente des dancings équivoques à La Varenne. Sentiment d'infériorité en face des prostituées et des sou'eneurs qui sont, dit-il, des gens sincères envers eux-mêmes, qui s'amuse entre eux et qui ont un milieu à eux. Vierge jusqu'à l'âge de 29 ans où il se marie.

A toujours beaucoup lu : philosophes : Pascal, Platon, Descartes, grosse impression du « Discours à la nation allemande » de Fichte. Suit les conseils de Napoléon à ses soldats, de dormir sur le ventre; essaie les manœuvres des anciens Egyptiens, qui acquéraient de la puissance en tendant la main et la tête vers le soleil.

Examen somatique, neurologique et général, normal. Prise de sang négative.

Certificat de 24 heures. — « Etat schizophrénique avec troubles de l'affectivité, indifférence affective coexistant avec une exaltation idéalisée, spéculations touffues et fantastiques, troubles sexuels, tendance à l'autisme. A observer ». Signé : Docteur BARUK. Le 24 juin 1938.

Histoire de la maladie. — N'est pas en très bons rapports avec sa belle-famille et avec sa femme. Excitation sexuelle, il y a quelques jours, suivie d'incohérences et d'excentricités (visites inopinées chez des amis et discours insensés); à la suite de cela on l'amène dans le service.

Antécédents. — Fils unique. Rougeole dans l'enfance, torticolis opéré, à gauche.

En juillet : idées délirantes. A été trop chaste, ça lui est monté à la tête. Peut faire tout ce qu'il veut. Va se marier avec Madeleine Ozeray, une actrice de théâtre et de cinéma, qu'il connaît très bien, dit-il. Puis, moments de tristesse, d'abattement. Certificat de quinzaine : « Dépression psychique avec automatisme, conceptions abstraites, idées philosophiques confuses, troubles de l'affectivité. A maintenir. » Signé : Docteur BARUK. 8 juillet 1938.

Par la suite, il demande (vers la fin du mois) pourquoi sa femme n'est pas encore venue le voir.

Début août : un matin, il se met à danser — sorte de danse bacchique — se prosternant, faisant des incantations au soleil. Parle de son culte pour le soleil et la lumière. Il ne fallait plus l'appeler de son nom : il était alors habité par l'âme de Danielle Darrieux, une actrice de cinéma. Un quart d'heure après il était Jeanne d'Arc.

Quinze jours plus tard : il explique cela en disant qu'il s'était attribué ces personnalités, pour se séparer de sa propre personnalité, voulant laisser son nom à sa femme, sans qu'il continue à le porter lui-même puisqu'il savait qu'il n'y avait plus rien entre eux.

En septembre 1938 : il dit s'ennuyer mortellement à l'hôpital : « Il est un fait que vos malades sont intéressants, mais j'en ai assez de cette inactivité ». Ne saurait définir si son état était une maladie ou simplement le résultat de diverses circonstances. Continue, à avoir des idées philosophiques disparates : il est un admirateur du Bouddhisme.

Les jours qui suivent; il parle moins de philosophie et de religion. Insiste pour sortir; son père vient le chercher et le 22 septembre 1938, il quitte l'hôpital, notablement amélioré.

Le 8 octobre 1938, on revoit le malade qui ne présente plus que quelques troubles du caractère : euphorie. Va rendre visite aux Docteurs LOGRE et ELIASCHEFF qui l'ont vu en pleine poussée schizophrénique et qui constatent l'amélioration considérable.

En novembre 1938 : le malade est complètement rétabli au point de vue mental, après avoir fait un très léger épisode hypomaniaque de trois jours.

Depuis, nous avons de ses nouvelles par l'intermédiaire de son médecin de famille : le malade semble actuellement complètement guéri.

OBSERVATION X (inédite)

(Malade du service du Docteur H. BARUK)

Début confusionnel et dépressif. Episodes fébriles. Améliorations et rechutes. Guéri depuis trois ans, fait un petit épisode dépressif. Guéri à nouveau, il meurt dans l'année à la suite d'une grippe.

M... Jacques, 26 ans, docteur en médecine, entre à la Maison nationale de santé de St-Maurice, le 3 janvier 1933, venant d'Henri-Rousselle.

Certificat d'entrée. — « Confusion mentale hallucinatoire. Désorientation, anxiété intense. On vient de tuer sa mère et sa tante, entend qu'on l'appelle. Ne sait où il se trouve, proteste contre l'entrée du médecin (« vade retro satanas »), réclame Veléda, une infirmière. Excitation violente, cris, batailles avec le personnel infirmier, se frappe la tête contre le mur. Opposition fréquente à l'interrogatoire allègue que s'il ouvre la bouche, tout l'entourage sera tué sur le champ. Accès d'excitation confusionnelle en avril 1932, 4 jours après son incorporation. Poussées fébriles, 39°4, 40°2, passagères. Fragilité pulmonaire. Etat saburral. Sucurs. Alimentation satisfaisante. Bordet-Wassermann Meinicke-Kahn : négatif. Azotémie 0,77 (26 novembre 1932) ». Signé : Docteur COURTOIS, le 30 décembre 1932.

Certificat de 24 heures. — « Est atteint de confusion mentale hallucinatoire, avec excitation violente, désordre des actes, cris, violences; vient de l'hôpital Henri-Rousselle. A observer ». Signé : Docteur DADAY, le 4 janvier 1933.

Les jours qui suivent, le malade est très excité, présente une logorrhée énorme : craintes, mots scientifiques, impulsions.

Certificat de quinzaine. — « Confusion mentale grave avec agitation extrême, verbigeration incohérente. Impulsions violentes. A maintenir ». Signé : Docteur BARUK. Le 18 janvier 1933.

Antécédents. — Forceps à la naissance; poids : 12 livres; taille : 0 m. 62. Enfance : rougeole, scarlatine à 11 ans; otite à 13 ans,

opérée. Opéré à froid d'appendicite à 10 ans, car il avait souvent des indispositions digestives, qui ont cessé immédiatement après l'opération. Bonnes études : baccalauréat à 16 ans. A 25 ans 1/2 : docteur en médecine. Très affecté par le fléchissement de la situation financière de sa famille; fait des excès de café et de tabac. Aîné de 4 enfants, il obtient de ne pas aller au Maroc pour son service. Reste en France, est envoyé à Verdun, le 23 avril 1932.

Le 28 avril 1932 : anxiété énorme, pleurs, troubles vaso-moteurs. On l'aurait traité de « tire-au-flanc » et on l'aurait menacé de lui « dresser les côtes ». A peur d'être fusillé ou guillotiné, car on l'accuserait de faux, au sujet de sa dispense d'aller au Maroc. Vomit de l'eau, reste 3 jours sans uriner. Interné à Maréville.

Certificat d'entrée. — « Délire polymorphe avec craintes vagues de persécution, interprétations fausses, agitation anxieuse, idées délirantes mystiques. On veut l'empoisonner, on va le fusiller : orientation imparfaite. Réactions violentes ». Signé : Docteur ROUQUIER, le 29 avril 1932.

Certificat de 24 heures, par le Docteur HAMEL : « Confusion mentale onirique avec anxiété et idées délirantes, de nature mélancolique. S'attend à être exécuté. Désorientation complète, dysmnésie. Efforts de recherche, demi-conscience, fatigabilité. Réaction, agitation anxieuse. Placement justifié ». Le 12 mai 1932.

Examen somatique et de laboratoire : négatifs.

Le 21 mai 1932 : le malade grandement amélioré est réformé et confié à sa famille : il va bien. Pense s'installer en octobre. Le 20 novembre 1932 : embarras gastrique, nausée, fièvre 39°, courbatures, vomissements et arrêt d'urines. Le 22 novembre : céphalées et troubles mentaux : gestes devant une fenêtre comme s'il voyait des êtres extraordinaires. Crises de contorsions : on parle devant lui d'épilepsie, mais il fait signe que non, montrant sa langue qu'il ne mord pas.

On l'amène à Henri-Rousselle d'urgence. Température à 39°9. On pense à une fièvre typhoïde, mais hémoculture et séro-diagnostic négatifs.

Le 3 janvier 1933 : on le transporte dans le service du Docteur BARUK.

En février 1933 : état stationnaire. Le Docteur COURTOIS « craint bien pour son jeune confrère une évolution vers un syndrome de démence précoce ». En effet, verbigeration, incohérences, impulsions violentes, indifférence affective. Lentement il sort de cet état et :

Le 6 juillet 1933 : il quitte le service.

Le 10 mars 1934 : nouvelle poussée. Le certificat du Docteur POUMAILLOUX est ainsi conçu : « Etat de stupeur avec catatonie, négativisme et stéréotypie, avec par moments des impulsions violentes ».

Dans les jours qui suivent, le Docteur BARUK notera en outre, de l'hyperémotivité, du puérilisme, des troubles hépato-intestinaux.

Le 29 avril 1934 : tous les signes du tableau de la catatonie ont disparu et le malade sort.

Le 3 mai : reprise de la catatonie.

Le 14 juillet : sortie du malade.

Il se porte bien et exerce la médecine.

Le 24 décembre 1934 : fatigue, troubles digestifs. Il a senti venir une nouvelle crise : poussée de catatonie avec mutisme, négativisme, sueurs profuses, impulsions violentes (se jette sur un malade et essaie de lui arracher les yeux), agitation qui se calme par moments.

Le 4 janvier 1935 : température à 39°. Langue saburrale, constipation : on lui fait un lavement. Il présente une respiration suspirieuse.

Le 9 janvier 1935 : verbigération extraordinaire : « J'ai mal ; j'ai une côte cassée : qu'on me plâtre..., le cervelet, il est parti, le cervelet, le cervelet, le cervelet..., ah ! bobo ! si vous faisiez une coupe..., ah ! bobo ! tiens ce bon Docteur BARUK..., le cervelet urétrite postérieure ». Serre les dents. Paroles incompréhensibles. Pouls à 150.

Traitement à la septicémine et à l'électrargol. Alternatives d'excitation et de stupeur. Peu à peu, rétablissement des facultés mentales en même temps qu'amélioration de l'état général.

Le 14 février 1935 : complètement guéri, il quitte l'hôpital.

Guérison maintenue pendant 3 ans. Il a exercé la médecine avec succès et s'était fait une bonne situation. En février 1938, il a fait un petit épisode dépressif guéri en 15 jours. Il se porte bien par la suite. Mais il y a quelques mois, il a fait une grave grippe qui l'a emporté.

OBSERVATION XI (inédite)

(Malade du service du Docteur H. BARUK)

Dépression au début. Puis seize ans dans le mutisme et l'autisme. En est sorti récemment, mais reste encore un peu déprimé.

G... Gustave, 37 ans, ingénieur des Ponts et Chaussées, entre à la Maison nationale de santé de Saint-Maurice, le 25 juillet 1923, venant de chez lui.

Dans le *certificat d'entrée* fait par le Docteur REVAUT D'ALLONNES, on relève entre autres : « ...état dépressif, avec idées hypochondriaques, idées vagues de suicide. Se croit atteint de maladies du tube digestif qu'on n'arrive pas à traiter. Lorsqu'il sera sûr de son incurabilité, il se détruira... etc. » 23 juillet 1923.

Certificat de 24 heures. — « Délire hypochondriaque avec idées d'obstruction d'organes, réactions mélancoliques; idées de suicide. Déjà traité ». Docteur MIGNOT. Le 26 juillet 1923.

Certificat de quinzaine. — « Etat dépressif, idées hypochondriaques, refus d'aliments, mutisme ». Docteur MIGNOT. Le 9 août 1923.

Le Docteur MIGNOT ayant fait alimenter le malade à la sonde, celui-ci a mangé par la suite.

Les premiers temps : il se plaint de souffrances du tube digestif. Il refuse de manger autre chose que des légumes; par la suite, pendant six mois, il ne prendra que du lait.

Antécédents. — Naissance et enfance normales. Caractère assez gai et expansif. Affectueux envers sa mère et ses autres parents. Intelligent et travailleur, il sort 7^e de l'Ecole nationale des Ponts et Chaussées. Fait la guerre sur le front d'Orient. Poussées fébriles et diarrhée. Par la suite, il souffre de son estomac continuellement. Est obligé de s'astreindre à des régimes sévères. Travaille bien jusqu'en mai 1923; alors, état de dépression.

Histoire de la maladie. — Préoccupé de plus en plus par l'état de sa santé, il se croit perdu, dit que les médecins ne peuvent rien contre son mal. On a même essayé de l'empoisonner. Soigné à la maison de santé de la rue de Picpus. Il va un peu mieux et sort. Chez lui, au bout d'une semaine, reprise des idées hypochondriaques en plus grand : il se croit voué à la mort. En juillet, il entre à la Maison Nationale de Santé de St-Maurice.

Evolution de la maladie. — Les premiers temps, il exprime des idées délirantes et hypochondriaques, à type mélancolique. Puis soudain, s'arrête net et tombe dans le mutisme. Il en sortait, parfois, pour dire des paroles incohérentes. Vers la fin de 1923 : mutisme absolu.

Le malade est resté dans ce mutisme, pendant seize années consécutives.

Entre temps, périodes d'excitation avec impulsions : portes qui claquent, carreaux cassés. A un moment donné, graphorrhée, excentricités. Parfois, hostilité envers le personnel médical et infirmier. Mais surtout, autisme et mutisme; le malade reste replié sur lui-même. Il ne communique que par lettres. Par moments, aspect paranoïaque de ses écrits : donne des conseils, porte des plaintes. En tout cas : indifférence affective.

Il y a 5 ou 6 ans, se met à travailler intensément les questions d'électricité et de T.S.F. Il a un appareil, il fait des travaux. Reste calme à condition qu'on ne s'occupe pas de lui. Ne parle toujours pas.

Entre temps, il a suivi des régimes plus ou moins simplistes pour ses troubles gastriques et intestinaux. N'a pas accepté de traitement.

Déprimé au début, il a donc présenté par la suite un état qui à plusieurs reprises et par plusieurs médecins, a été considéré comme un état schizophrénique.

Le 4 janvier 1939 : se met à parler brusquement au grand étonnement de tous ceux qui le connaissaient dans le service. Il raconte que c'est parce qu'il veut revoir ses nièces, qu'il n'a pas vues depuis son entrée dans le service et qui, actuellement doivent être de grandes jeunes filles, et aussi parce qu'il veut s'en occuper, qu'il a décidé de sortir de son mutisme. « Il y a des fous qui se manifestent et d'autres qui ne se manifestent pas », nous dit-il. « Je ne voulais plus parler, car je sentais qu'on ne me comprenait pas, je savais que j'étais séparé du reste du monde. Je devais me résigner à vivre éloigné. Je savais d'ailleurs, à un

moment donné, que cela me donnait quelque supériorité. Maintenant, je n'ai plus besoin de garder le silence. J'aimerais bien revoir ma sœur et mes nièces, m'occuper d'elles; je sens que je peux reprendre ma vie dans le monde ».

Le malade semble donc, avoir retrouvé sa vie mentale normale, à la suite d'une détermination affective.

Sur le point de quitter le service et ne présentant plus aucun trouble de la série schizophrénique, s'exprimant bien et expliquant tout son état jusqu'alors, il a fait un épisode grippal. Est resté alité pendant une semaine. Actuellement, il veut bien sortir, mais ne veut pas accepter une convalescence dans une autre maison de santé. Il avoue avoir quelque appréhension de sa reprise de contact avec la vie normale.

OBSERVATION XII (inédite)

(Malade du service du Docteur H. BARUK)

Schizophrénie et psychose discordante après un épisode infectieux. Traitement hygiénique et antiinfectieux. Guérison complète depuis deux ans.

Hen... Maurice, 35 ans, comptable, entre à la Maison Nationale de Santé de St-Maurice, le 23 février 1937, venant de la Maison de santé de Fontenay-sous-bois.

Le Docteur PICHARD, qui l'y avait examiné, établit le *certificat* suivant : « Etat confusionnel à type de délire aigu. Séquelle mentale actuelle avec troubles du cours de la pensée, discordance, bizarreries d'attitude, idées délirantes floues et polymorphes, mystiques et de persécution, agitation, discordances, impulsions. Références physiques : amaigrissement. Notons un épisode collibacillaire, antérieurement traité, sans amélioration mentale, par le sérum de Vincent ».

23 février 1937 : on examine le malade qui vient d'entrer.

D. Comment vous appelez-vous ?

R. Ça dépend des jours : aujourd'hui, Max, en mauvaise toilette.

D. Quel âge avez-vous ?

R. Attendez..... je regarde.....

Il prend un dossier. Puis, il se penche attrape un casier (on l'examine dans le bureau médical), frappe des mains, prend brutalement ses pantoufles, les jette sur le tapis. Fait des gestes. Aspect ironique, tendance à l'ironie. Puis, il prend un air de grave méditation en s'appuyant le menton sur sa main.

D. Que faites-vous ici ?

Il frappe trois fois sur son genou et se replonge dans sa méditation.

D. Savez-vous où vous êtes, ici ?

Frappe à nouveau sur son genou. Stéréotypies. Mutisme. Se frise la moustache, regarde en arrière, se lève, remarque les bustes d'Esquirol et de Pinel, qu'il y a dans le bureau, puis il montre une

potiche sur une étagère et dit : « L'ancien vase de Gien ». On lui demande s'il connaît les personnes qui assistent à l'examen; il fait quelques gestes de dénégation de la main. Il se frappe à nouveau le genou, puis les joues. Il est difficile de fixer son attention. Gestes absurdes : veut échanger son veston avec la capote d'un interne qui vient d'arriver. Reprend son air méditatif. Ne répond pas aux questions, ou bien il répond par des gestes vagues voulant dire « oui », « non », « à peu près ». Indifférence affective : pas de réaction lorsqu'on lui parle de sa famille. Impulsions : se lève, attrape la serviette d'auscultation, saute sur une chaise, fait des pitreries, prend brusquement un stylo dans la poche d'un interne et veut l'ouvrir. Mimique extraordinaire : moues, grimaces, air préoccupé; petits clignements des yeux. A l'examen somatique : conservation des attitudes pendant quelques instants. Il n'exécute pas automatiquement les ordres brefs. Un peu de négativisme : s'oppose à l'examen de ses yeux. Réflexes pupillaires normaux. Mouvements oculaires impossibles à rechercher : pose ses yeux sur un médecin et dit : « Winnipeg ». Réflexes tendineux et cutanés : normaux. Réflexes pilo-moteurs très intenses; à l'énoncé de cette constatation il dit : « Ça fait bien les pilo-moteurs; c'est la comparaison la plus grave; c'est le truc du xx^e siècle ». Le malade est très maigre. Certificat de 24 heures fait par le Docteur BARUK, 24 février 1937 : « Est atteint de syndrome schizophrénique avec automatisme gestuel et mimique, excitation psycho-motrice, grimaces, activité de pantomime, réponses à côté, aspect d'ironie et de farce, tendance à la catalepsie; à observer ».

Histoire de la maladie. — Début en juin 1936. Très énervé par les grèves; parlait avec ses employés (était chef comptable). Un samedi, il rentre en pleurant, tenant des propos incohérents. On l'amène quelques jours à la campagne. Restait incohérent. On le conduit alors à la consultation du Docteur THIERS, à qui il déclare entendre des voix et leur répondre. Placé à la Maison de santé de Fontenay-sous-Bois, il est soigné par le Docteur PICHARD. Pyélonéphrite colibacillaire : T. 41°7. Traité au sérum de Vincent; accidents sériques. Se calme un peu, mais reste troublé.

Antécédents. — Était très bien avant juin. Bien équilibré, n'avait jamais rien eu. Assez nerveux, émotif. Marié depuis dix ans. Très sobre, vie bien réglée. Très apprécié dans son travail. Ne souffrait pas de l'intestin. Hémoptysie il y a six ans; très fatigué, très surmené. A la radio léger voile d'un sommet; ne s'en est pas senti par la suite. Furonculose tous les ans. A noter qu'il avait le caractère gai, aimant beaucoup faire des farces, des blagues, jouant avec ses enfants « comme un gosse »; a trois enfants : 14, 12 et 8 ans. A perdu un enfant, il y a deux ans, de broncho-pneumonie : gros choc émotif.

Mars 1937 : série de pyoformine.

Dans les mois qui suivent, le malade devient plus cohérent, plus communicatif; son indifférence affective s'atténue.

6 août 1937 : D. Etes-vous content ici ?

R. Pas trop mal (rire). A eu la visite de sa femme et de son petit garçon, qui lui a fait plaisir.

D. Qu'allez-vous faire ?

R. Me tourner les pouces (rire).

D. Vous ne désirez rien ?

R. Une commode comme celle-ci (rire).

D. Avez-vous été malade avant de venir ici ?

R. Oui, j'ai eu un peu de tout... Je pense à la commode. C'est de l'ancien. C'est à trois tiroirs, il n'y a pas la place pour passer en dessous.

21 août 1937 : aspect riant.

D. Comment allez-vous ?

R. Remontons à dix mois avant ma naissance (rire).

D. Pourquoi êtes-vous ici ?

R. Je vais vous demander pourquoi je suis encore ici... Les affaires vont pas mal ici... vous avez l'air tous contents (rire). Réponses à côté : ...on m'a opéré du nez, on m'a fait sortir ce qui était en trop dans le cerveau. Rires, grimaces.

On continue la pyoformine.

1^{er} septembre 1937 : on a une longue conversation avec le malade qui, considérablement amélioré, nous explique comment « il est tombé malade ». « Je suis tombé malade après les élections : un petit système dans le cerveau qui a marché à côté (il rit en disant cela). Vous comprenez, ça n'allait pas trop fort ». Dit qu'il avait « l'idée fixe qu'il fallait se reposer, mais il n'avait pas le temps et il a continué à travailler ». A des souvenirs plutôt imprécis de son passage à la Maison de santé de Fontenay-sous-bois, puis de son transfert à St-Maurice. Se souvient toutefois, que dans le premier de ces établissements « on lui a enfoncé un tuyau dans l'estomac » (il a été nourri à la sonde). « Ça a duré six mois » (durée de son séjour à Fontenay). Se souvient d'un « mal au rein » (sa pyélonéphrite) et dit : « J'avais des douleurs, mais j'étais obligé de me forcer pour rire ».

2 septembre 1937 : le Docteur BARUK le confie à sa famille. Par la suite il s'est de plus en plus amélioré et finalement a repris le 1^{er} octobre 1937, son travail et toute son activité sociale.

2 mai 1939 : nous revoyons le malade qui va toujours très bien au point de vue mental. Il nous dit : « J'ai l'impression que ma sortie a aidé ma guérison. Peut-être suis-je rentré dans le bureau trop tôt, mais je n'en éprouve aucune fatigue ». Il nous raconte ses impressions de son séjour dans le service : « Je m'amusais plutôt; le bureau médical me paraissait le paradis: je me sentais un être supérieur comme le Bon Dieu et que je pouvais vivre sans manger; j'avais l'impression que je faisais un jeu, sorte de mots-croisés; j'avais des idées qui se mêlaient ». A repris 10 kilos depuis sa sortie. Va bien au point de vue physique.

Ces observations ont représenté des tableaux de démence précoce type Kraepelin. Pour certains de ces malades, le début a été confusionnel, pour d'autres très progressif, mais chez tous on a noté des signes caractéristiques de discordance et sur plusieurs d'entre eux un aspect franchement démentiel.

Cependant malgré ces signes si caractéristiques et le diagnostic de « démence précoce » fait dans les certificats d'entrée, et par des médecins compétents, ces 12 malades sauf deux ont guéri complètement de leur maladie. Nous entendons par guérison, le fait qu'on ne retrouve plus aucun signe de la série schizophrénique chez eux. Deux d'entre eux ont pu reprendre leurs études : l'un a passé son baccalauréat, l'autre ses études de médecine, un troisième s'est installé comme médecin et a réussi une très brillante clientèle pendant des années; il a présenté par la suite une petite crise de dépression simple et est mort plus tard d'une grippe. Les autres ont repris leurs situations antérieures, dans la vie sociale et deux d'entre eux se sont mariés après leur sortie.

Ces douze observations n'ont été choisies qu'à titre d'exemple, mais de nombreuses autres observations analogues peuvent en être rapprochées.

On peut sans doute arguer de l'erreur de diagnostic possible et certains ne manqueraient pas de dire que puisque le malade a guéri il ne s'agissait pas d'un dément précoce mais d'un périodique. Mais ce qu'il faut retenir ce n'est pas cette démonstration après l'évolution mais l'erreur de pronostic établi d'après les symptômes. Il faut, d'ailleurs, reconnaître que la différenciation entre démence précoce et psychose périodique est souvent vraiment épineuse et que la démarcation entre ces deux psychoses est vraiment souvent artificielle.

Chez un certain nombre de nos malades, le traitement par le choc, insuline ou cardiazol, avait été réclamé avec énergie par les familles. Le père d'un de nos malades harcelait notre maître H. BARUK, continuellement pendant longtemps et était persuadé que la guérison ne pourrait jamais être obtenue sans des méthodes violentes. On invoque en général que la maladie étant de pronostic grave il ne faut pas perdre un instant pour appliquer une méthode de choc. Chez ces malades, on a, au contraire, résisté à cette précipitation, on a pris le temps d'étudier minutieusement le malade, de chercher l'étiologie, de « traiter le malade d'une façon rationnelle » et l'on peut penser que la guérison obtenue ainsi, offre tout de même les avantages d'avoir évité les dangers de méthodes aveugles dont les faits paraissent également incertains et dont les conséquences ultérieures sur le système nerveux des malades restent encore hypothétiques.



CONCLUSIONS

I. — Sur 187 observations dépouillées de démence précoce, type Kraepelin, nous avons observé :

- 50 cas de guérison (*)
- 33 cas d'amélioration sensible
- 35 cas de stabilisation
- 69 cas à évolution d'apparence démentielle.

II. — Parmi les guérisons nous relevons :

- 24 cas de forme hébéphrénique
- 16 cas de forme catatonique
- 10 cas de forme paranoïde.

Par ailleurs il semble que les formes à début confusionnel ou maniaque guérissent plus fréquemment.

III. — Les guérisons se sont produites le plus souvent dans les deux premières années de la maladie mais parfois très tardivement, après 14, 15 et même 16 ans de troubles mentaux dans certains de nos cas.

IV. — Des guérisons ont pu se produire même chez des malades présentant un aspect de démence avancée.

V. — Les guérisons et améliorations sont survenues soit après une thérapeutique étiologique (la découverte de l'étiologie étant très importante lorsqu'elle est possible), soit après un traitement hygiénique. En aucun cas il n'a été appliqué de thérapeutique de choc.

(*) Nous rappelons que nous entendons par guérison la « restitutio ad integrum » de la personnalité du malade; bien entendu cette guérison n'élimine pas la possibilité de rechutes; cependant dans plusieurs des cas le recul de la guérison est assez prolongé, jusqu'à 10 et 11 ans.

VI. — Ces faits montrent que le caractère évolutif progressif, classiquement attribué aux syndromes hébéphréniques, catatoniques, et paranoïdes ou aux manifestations de désagrégation psychique, est en défaut plus souvent qu'on ne le croit en général. A la notion de « démence précoce », maladie individualisée, il est préférable de substituer la notion de stades évolutifs et régressifs (H. BARUK), suivant l'étiologie et le terrain.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
LAIGNEI-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La bibliographie du sujet étant très vaste, nous n'indiquerons ici que les publications citées dans ce travail, en adoptant l'ordre dans lequel elles sont citées et en les faisant précéder du chiffre qui accompagne le nom de chaque auteur, chaque fois qu'il est signalé dans le texte.

- (1) ESQUIROL. — Traité des maladies mentales. Paris 1838.
- (2) BALLET (Gilbert). — Traité de Pathologie mentale. Paris 1902.
BALLET (G.) et GENIL-PERRIN (G.). — L'examen clinique du fond mental chez les déments. *L'Encéphale*, 10 fév. 1914.
- (3) HOLMES (Bayard). — The diagnosis and treatment of dementia praecox. *American Journal of Clinical Medicine*, 1914.
- (4) PINEL (Ph.). — Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale. 2^e édition. Paris 1809, p. 483.
- (5) MOREL (B.-A.). — Etudes cliniques. Paris 1858.
— Traité des maladies mentales. Paris 1860.
- (6) KAHLBAUM. — Gruppierung der psychischen Krankheiten. 1863.
- (7) HECKER. — Die Hebephrenie. *Virchow's Archiv.*, t. LII, s. 394-429.
- (8) KAHLBAUM. — Die Katatonie oder das Spannungsirresein. 1874.
- (9) SEGAS et CHASLIN. — La catatonie. *Annales Médico-Psychologiques*, 1889, t. I et II.
SEGAS. — Démence précoce et catatonie. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*. Juillet-août 1902.
- (10) PETERSON (Fr.) et LANGDON (Ch.-H.). — Katatonia (Katatonia of Kahlbaum; katatonische verrücktheit of Schüle). *Proceeding of the American Medico-Psychological Association*. Baltimore, 1897.
- (11) WORCESTER (W.-L.). — The complex syndrom katatonia. *The American Journal of Insanity*. April 1899.
- (12) EMMINGHAUS. — Allgemeine Psychopathologie. 1878, p. 306.
- (13) GRIESINGER. — Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 3^e Auflage, 1871, p. 149.
- (14) VON KRAFFT-EBING. — Traité des maladies mentales. 1^{re} édition, 1890.
- (15) BALL (B.). — De la folie de la puberté ou hétérophrénie. *L'Encéphale*, 1884.
- (16) FINCK. — Beiträge zur Kenntniss der Jugendirresein. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1880, S. 490.

- (17) STERZ. — Jahresbericht für Psychiatrie, 1879, I, p. 79.
- (18) MAGNAN. — Cité par Deny.
- (19) SCHOLZ. — *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1897.
- (20) CHRISTIAN (J.). — De la démence précoce des jeunes gens; contribution à l'étude de l'hébéphrénie. *Annales Médico-Psychologiques*, janvier-septembre 1899.
- (21) HACK TUKE. — A manual of psychological medicine, 1879, p. 345.
- (22) SCHULE. — Traité des maladies mentales; trad. J. Dagonnet et Duhamel, 3^e édition, 1888.
- (23) RÉGIS. — Manuel Pratique de Médecine mentale. Doin 1892, p. 343.
— Précis de Psychiatrie, 1906. Doin, 3^e édition.
- (24) KAHLBAUM 1884, 1886, 1889. — Cité par Christian.
- (25) DARASKIEWICZ. — Ueber Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form. Thèse de Dorpat, 1892.
- (26) SERBSKY (Wl.). — Analyse in *Centralblatt d'Erlenmeyer*, 1891, p. 145.
- (27) KRAEPELIN. — Psychiatrie, 4^e édition. Leipzig, 1893.
- (28) MAICHLINE. — Revue Neurologique, 15 novembre 1894.
- (29) ASCHAFFENBURG. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1899.
- (30) KRAEPELIN. — Psychiatrie, 6^e édition. Leipzig, 1899.
- (31) FINZI et VEDRANI. — Contributo clinico alla dottrina della demenza precoce. *Rivista sperimentale de freniatria*, 1899.
- (32) SEGAS (J.). — La démence paranoïde. *Annales Médico-Psychologiques*, septembre 1900.
- (33) MANDALARI (L.). — Demenza precoce. Naples, 1901.
- (34) SÉRIEUX (P.). — La démence précoce. *Revue de Psychiatrie*, juin 1902.
- (35) PICK. — Prager medicinische Wochenschrift, 1891.
- (36) CHARPENTIER. — Les démences précoces. Congrès de Rouen, 1890.
- (37) MAIRET. — La folie pubérale. *Annales Médico-Psychologiques*, 1888-1889.
- (38) MASSELOIN. — La psychologie des éléments précoces. Thèse Paris, 1902.
- (39) DENY. — Congrès de médecine mentale, 1902.
- (40) DENY et ROY. — La démence précoce. J.-B. Baillière et fils, Paris 1903.
- (41) PASCAL (Mlle C.). — La démence précoce. Félix Alcan, Paris, 1911.
- (42) SERBSKY (Wl.). — Contribution à l'étude de la démence précoce. *Annales Médico-Psychologiques*, novembre-janvier 1903-1904.
- (43) MEEUS. — Considérations générales sur la signification clinique de la démence précoce. *Annales Médico-Psychologiques*, Septembre 1904.
- (44) PARANT (Victor). — D'une prétendue entité morbide dite démence précoce. Congrès des Aliénistes et Neurologistes. Pau, 1904. *Annales Médico-Psychologiques*, mars 1905.

- (45) MARANDON DE MONTYEL (E.). — Les formes de la démence précoce. *Gazette des Hôpitaux*, 17 janvier 1905.
- (46) KLIPPEL et LHERMITTE. — Démence précoce. Anatomie pathologique et pathogénie. *Revue de Psychiatrie* 1904, n° 2.
- (47) RUSH DUNTON (W.). — Report of a case of dementia praecox with autopsy. *American Journal of Insanity*, 1903.
— Another case of dementia praecox with autopsy. *Ibid.* 1904.
- (48) DOUTREBENTE et MARCHAND. — Cités par Claude et Baruk.
- (49) MALLET (Raymond). — La démence précoce neuro-épithéliale. *Thèse Paris* 1912.
- (50) VOGT. — Cité par Claude et Baruk.
- (51) LAIGNEL-LAVASTINE et LEROY. — Un cas de démence précoce avec autopsie. Congrès des Aliénistes et Neurologistes. Pau 1904, p. 131-139.
LAIGNEL-LAVASTINE. — Dément précoce mort tuberculeux avec stéatose hépatique et lésions cellulaires toxiques de l'écorce cérébrale. *Société Anatomique*, 1904, n° 9, p. 798-802.
- (52) SOUTZO Fils. — Démence précoce et tuberculose. *Annales Médico-Psychologiques*, 1906.
- (53) BLEULER. — Dementia Praecox oder der Gruppe Schizophrenien, 1911. Volume du Traité d'Aschaffenburg, cité in :
— Textbook of Psychiatry, trad. angl. de A.-A. Brill. The Macmillan Company, New-York, 1924.
- (54) CHASLIN (Ph.). — Eléments de séméiologie clinique et mentale. Asselin et Houzeau, Paris, 1912.
- (55) KRETSCHMER. — Manuel théorique et pratique de Psychologie Médicale. Trad. : S. Jankélévitch, Alcan, Paris, 1927.
- (56) TANZI et LUGARO. — Malattie Mentali, III ediz., vol. II, Milan 1923.
- (57) JANET (Pierre). — Cité par de Morsier et Morel (F.). Voir : *De l'angoisse à l'extase*, t. II, Alcan, Paris, 1927-1928.
- (58) MINKOWSKI (E.). — La Schizophrénie. Alcan, Paris 1927.
- (59) CLAUDE, BOREL et ROBIN. — Cités par H. Baruk.
- (60) BARUK (H.). — La « démence précoce » ou la « schizophrénie » constituent-elles une maladie ? Critiques nosographiques. *Archives roumaines de neurologie*. II^e année, n° 3, 1938.
- (61) DE MORSIER (G.) et MOREL (F.). — Critique de la notion de schizophrénie. Comm. faite à la séance de la Société Suisse de Psychiatrie et de la Société des Psychiatres du Sud-Ouest de l'Allemagne. *Annales Médico-Psychologiques*, décembre 1929.
- (62) CLAUDE (H.) et BARUK (H.). — La catatonie. *Presse Médicale*, 26 décembre 1928.
- (63) GJESSING. — Cité par CLAUDE ET BARUK.
- (64) OBREGIA et TOMESCO. — *Catonia periodică. Spitalul*, 1929.
- (65) DE JONG et BARUK (H.). — La catatonie expérimentale. Masson, Paris.
- (66) BARUK (H.). — Psychiatrie Médicale, Masson, Paris, 1938.

- (67) GUIRAUD. — Conception neurologique du syndrome catatonique. *L'Encéphale*, novembre 1924.
— Analyse du symptôme stéréotypie. *L'Encéphale*, novembre 1936.
- (68) BARUK (H.). — Stupeur catatonique par pyélonéphrite colibacillaire. *Annales Médico-Psychologiques*, mai 1934.
BARUK (H.) et TRUBERT. — Psychose colibacillaire à forme onirique puis maniaque au cours d'une pyélonéphrite post-puerpérale tardive. *Société Médico-Psychologique*, 27 novembre 1933.
- (69) BARUK (H.). — L'état mental au cours de l'accès catatonique. *Annales Médico-Psychologiques*, mars 1934.
- (70) — La notion des stades évolutifs et régressifs dans les psychoses. *La Médecine*, février 1936.
- (71) VIÉ. — Catatonie. Discordance. Noyau fondamental de la démence précoce. La discordance, catatonie appliquée. Discussion : GUIRAUD, BARUK. *Annales Médico-Psychologiques*, décembre 1938.
- (72) LAIGNEL-LAVASTINE. — Démence précoce familiale. Leçon clinique faite à Sainte-Anne, le 25 janvier 1920.
— Deux cas de démence précoce familiale. *L'Encéphale*, juin 1920.
- (73) WIMMER (Aug.). — Le mendélisme et l'hérédité dans les maladies mentales. *Annales Médico-Psychologiques*, janvier 1920.
- (74) LEROY. — Deux cas de démence précoce chez deux sœurs et démence précoce probable chez le frère. *Société Clinique de Médecine Mentale*, 16 février 1920.
- (75) VON MÉDUNA. — Statistiques sur le traitement par le cardiazol. *Annales Médico-Psychologiques*, avril 1939.
- (76) ABELY. — Considérations sur les traitements de choc. *Annales Médico-Psychologiques*, avril 1939.
- (77) SANTIN ROSSI (Carlos). — A propos de certains états d'aliénation curables simulant la schizophrénie. 1927.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.	9
--------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

Rappel historique.	11
-------------------------	----

DEUXIÈME PARTIE

<i>Chapitre I.</i> — Statistiques	24
---	----

<i>Chapitre II.</i> — Observations	37
--	----

CONCLUSIONS.	69
-------------------	----

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	71
-----------------------------	----



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



